FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

216

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, François DUVAL

Né le 11 février 1896 à St-Julien-en-Genevois (Hte-Savoie)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CANCER PRIMITIF

DU

CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

216

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, François DUVAL

Né le 11 février 1896 à St-Julien-en-Genevois (Hte-Savoie)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CANCER PRIMITIF

DU

CORPS DE L'UTÉRUS

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2e

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY, CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REFTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE AUVRAY CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
GOUGEROT LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT PROUST SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA TANTE ET A MON ONCLE

MADAME DUVAL
MONSIEUR DUVAL
Ingénieur des Ponts-et-Chaussées, en retraite

A qui je dois d'avoir fait mes études médicales. Témoignage de profonde reconnaissance.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

En témoignage de ma grande affection.

AU LIEUTENANT-COLONEL DUVAL

L'un de mes premiers maîtres.

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Jean-Louis FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien à l'Hôpital Broca
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Au Maître qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse.
En témoignage de mon respectueux dévouement et de ma profonde admiration.

A Monsieur le Docteur DOUAY

Chef des Travaux Gynécologiques à l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de reconnaissance et de gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

M. le Docteur POTHERAT *(in memoriam)*, Hôtel-Dieu.
M. le Professeur agrégé HARVIER, Bicêtre.
M. le Professeur SERGENT, Charité.
M. le Docteur LE NOIR, St-Antoine.
M. le Docteur MOUCHET, St-Louis.
M. le Docteur RUDAUX, St-Antoine.

Internat

M. le Docteur WIART, Lariboisière.
M. le Docteur ROBINEAU, Necker.
M. le Professeur agrégé CHEVASSU, Cochin.
M. le Professeur J.-L. FAURE, Broca.
M. le Docteur E. MICHON, Beaujon.

A MM. les Docteurs CAPETTE, DESPLAS,
J. C. BLOCH, L. MICHON
Chirurgiens des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Rien n'est plus instructif pour un chirurgien que de revoir ses opérés à distance, que d'étudier minutieusement ses résultats éloignés. C'est le seul moyen de se faire une opinion solide, une idée juste, du pronostic et surtout du meilleur traitement à employer. En un mot, c'est le seul moyen de faire des progrès en chirurgie.

Partant de cette idée, il nous a paru intéressant de rechercher, de grouper, d'analyser, de comparer les observations de malades traitées pour cancer du corps de l'utérus, dans le service du Pr Fâure, à l'hôpital Broca, de 1917 à 1928.

Grâce à l'extrême obligeance de notre maître, qui a bien voulu nous communiquer un nombre important d'observations personnelles, nous avons pu réunir 117 observations inédites de cancer du corps.

Nous nous sommes attaché à retrouver ces malades, à rechercher ce qu'elles étaient devenues, afin de nous faire une idée exacte de la gravité de ce néoplasme et une opinion sur la thérapeutique la plus judicieuse à opposer à l'évolution fatale de cette affection.

Notre travail tire également son intérêt de la diver-

sité des traitements mis en œuvre. A côté de l'hystérectomie subtotale, totale, vaginale, ou élargie ; le radium a été employé seul ou associé à l'opération chirurgicale.

Hâtons-nous de dire que la chirurgie seule semble donner les meilleurs résultats et qu'une femme opérée de cancer du corps, au début, a environ 80 chances sur 100 de rester définitivement guérie.

Nous avons limité notre étude à celle de l'épithélioma du corps utérin et à celle des formes histologiques comparables : épithélioma cylindrique, adénome malin, carcinome, adéno-carcinome. Nous laissons systématiquement de côté le sarcome, le déciduome malin, qui sont deux variétés bien spéciales.

Après une étude rapide de l'historique, de l'étiologie, nous nous étendons plus longuement sur l'anatomie pathologique, sur la symptomatologie. Nous terminons par une étude critique du traitement en comparant les différents résultats obtenus.

HISTORIQUE

Le cancer du corps de l'utérus n'est pas une affection nouvelle, de nombreux travaux ont déjà paru sur cette question.

On retrouve les premières observations dans le traité des *Maladies de l'utérus* de Mme Boivin et Duges 1833.

Plus tard en 1876 apparaît la première étude complète sur ce sujet. Nous la devons à Pichot qui publie 44 observations de cancer du corps. On retrouve dans ce travail toute la partie historique jusqu'à cette époque. Pichot rejette comme traitement l'extirpation de la matrice, il se contente de traiter les symptômes.

Valat dans sa thèse, 1888, préconise la dilatation utérine et l'examen histologique.

Bisch, 1891, donne une étude clinique minutieuse du cancer du corps, il s'élève l'un des premiers contre l'examen microscopique « qui nous endort dans une sécurité trompeuse et peut nous faire croire à une métrite glandulaire, alors que la muqueuse a déjà subi une transformation cancéreuse ».

Bruyère, 1893, et Boissier, 1899 donnent également une bonne étude clinique de ce cancer ; ils séparent assez nettement l'épithélioma du sarcome de la mu-

queuse et du sarcome du corps. Ils discutent assez longuement le traitement et préconisent l'hystérectomie abdominale.

Le travail le plus récent est la thèse de Tesson, Paris, 1902 consacré à l'étude de l'épithélioma de la muqueuse du corps.

Enfin, ces dernières années, le cancer du corps a été mis plusieurs fois à l'ordre du jour de différents congrès. Avec l'apparition du radium de nouvelles discussions se sont ouvertes au sujet de son traitement.

ÉTIOLOGIE

« Tout le monde admet que les affections cancéreuses vraies sont des maladies de l'appareil et de la fonction de reproduction des cellules. Cela peut être considéré comme évident. La difficulté est de savoir s'il y a intervention ou non de microparasites spécifiques » (Regaud).

Aucune des nombreuses hypothèses émises n'est satisfaisante et il faut avouer « qu'aujourd'hui comme hier le problème du cancer reste entièrement posé » (Roussy).

Cependant, si la cause essentielle de la dégénérescence cancéreuse nous échappe complètement, il est certaines causes prédisposantes qui favorisent le développement du processus néoplasique et qui sont intéressantes à connaître. Parmi ces facteurs étiologiques, il faut étudier : l'âge, les affections antérieures de l'utérus, les traumatismes utérins.

Disons avant, quelques mots de la fréquence du cancer du corps par rapport à celui du col.

Fréquence. — Le cancer primitif du corps de l'uterus était considéré comme une rareté autrefois. En 1876,

Pichot n'avait pu en réunir que 41 cas dans la littérature française et anglaise.

Les perfectionnements de l'investigation gynécologique, l'éducation plus complète des médecins qui ont l'attention davantage attirée sur l'épithélioma utérin ; tout cela a contribué à établir la plus grande fréquence des cancers du corps observés aujourd'hui,

Voici quelques chiffres, quelques statistiques, puisés parmi les plus récents :

Cullen (1), 1900. . . .	30 %	des cancers de l'utérus
Terrier (2), 1897. . . .	20 %	»
Tesson (3), Thèse . . .	20 %	»
Pozzi (3)	3 %	»
Mayer (4)	6 %	»
Jacobs (5), 1908. . . .	10 %	»
Kampermann, 1912. . . .	16 %	»
Wertheim.	5 %	»

Nous voyons que ces chiffres sont très variables, le cancer du corps se rencontrerait entre 3 et 30 % du nombre total des cancers utérins.

A l'hôpital Broca il a été traité de 1918 à 1928 70 cancers du corps et environ 350 cancers du col, ce qui re-

---

(1) Cullen : Congrès international, Paris, 1900,

(2) Terrier : *Gazette hebd. de médecine et de chirurgie*, janvier 1900

(3) Pozzi : *Traité de gynécologie*, 1907.

(4) Mayer : Sur le cancer de l'utérus et les résultats de son traitement par l'extirpation à la Wertheim.

(5) Jacobs : Congrès international de chirurgie, Bruxelles, 1908

(6) Kampermann : Etude sur 212 cas de cancers de l'utérus. *Amer. Jour. of Obs.* 1912.

présente un pourcentage de 20 % environ, pourcentage bien différent de celui du Pr Pozzi : 3 %.

Age. — C'est après la ménopause, entre 50 et 60 ans, que le cancer du corps s'observe avec le plus de fréquence. Mais il faut retenir qu'il peut survenir pendant la ménopause et même parfois avant.

Sur 117 cas étudiés dans ce travail, 107 ont été observés après la ménopause, 6 pendant, enfin 4 avant.

Sur les 12 observations inédites de la thèse de Boissier, il en est deux qui concernent des femmes de 33 et de 26 ans.

La plus jeune des malades atteinte de cancer du corps de l'utérus, et dont nous relatons l'observation, avait 34 ans. Observation n° 14.

Métrite. — On répète que les métrites chroniques préparent le terrain à la dégénérescence cancéreuse, mais rien ne démontre la filiation de cette transformation. Le cancer du corps peut survenir chez des vierges, ou chez des femmes sans aucun passé gynécologique, n'ayant jamais eu la moindre infection utérine. Les examens histologiques pas plus que les observations cliniques n'éclairent ce sujet.

Cependant certains auteurs soutiennent que la métrite est une cause prédisposante de premier ordre. Se basant sur une loi de pathologie générale qui dit « que toute inflammation chronique d'un organe l'expose à subir des dégénérescences malignes ». Pour eux, la métrite, devenant chronique, la muqueuse utérine est le siége d'une irritation persistante. Les glandes de l'endo-

metrium prolifèrent et aboutissent à la formation d'adénomes typiques qui n'ont rien de malin dans leur nature, mais qui, sous l'influence de causes irritatives continues peuvent passer, par une transition progressive et certaine, à la formation d'adénomes malins.

Traumatismes utérins. — Boissier attribue un rôle très important au traumatisme et discute des relations entre la situation du noyau cancéreux et l'insertion placentaire.

Pour nous, le traumatisme semble sans aucune importance, le cancer du corps s'observant aussi bien chez les vierges, chez les nullipares que chez les multipares. C'est là une simple vue de l'esprit.

Nous rapportons une observation intéressante de Soubeyran et Peyron (1). Epithélioma glandulaire de l'utérus développé au point d'implantation d'une canule laissée 22 ans dans un utérus.

Malade âgée de 47 ans. En 1890, 22 ans avant l'intervention actuelle, elle avait eu un accouchement normal suivi d'accidents d'infection puerpérale pour lesquels des injections intra-utérines furent pratiquées par une sage-femme. Au cours de la dernière injection, la canule resta dans l'utérus, et la sage femme, n'ayant pu la retirer, préféra ne pas révéler l'accident Dans les années qui suivirent la malade accusa des pertes rouges et des douleurs abdominales intenses. En 1912, elle se décida à consulter un médecin qui diagnostiqua un épithélioma de la cavité utérine. En octobre, au cours d'un toucher, le médecin constata, au milieu du col utérin, un ob-

(1) Soubeyran et Peyron. — *G. et O.* 1920, p. 392.

jet résistant; après examen au speculum, il aperçut la canule et la retira. Dans les semaines qui suivirent, les hémorragies devinrent de plus en plus fréquentes. Il pratiqua, en octobre 1912, une hystérectomie abdominale totale. Il trouva un corps utérin mou, friable, avec tissu pelvien suspect à gauche du col. En novembre 1912, récidive en voie d'évolution. En février 1913, mort de cachexie.

Examen de la pièce. — Au fond de la cavité utérine, on apercevait une tumeur du volume d'une amande adhérente aux parois de l'utérus qui présentait une bride transversale sous laquelle était retenue la canule. Son extrémité antérieure semblait avoir créé un véritable tunnel dans la masse néoplasique. L'examen attentif de la surface des sections laissait l'impression que la tumeur, développée au point d'implantation de la canule dans le parenchyme, avait ensuite débordé et enveloppé cette dernière.

Examen histologique. — Epithélioma glandulaire.

Citons encore l'observation d'Auvray (1). « Cancer développé autour d'un lithopédion datant de 30 ans ».

Reste à interpréter ces deux observations et à se demander si le traumatisme peut être une cause prédisposante importante ou s'il y a eu simplement coïncidence.

---

(1) Auvray. — *G. et O.*, année 1924, p. 347.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer du corps de l'utérus est à son origine une maladie exclusivement locale. Lentement le noyau cancéreux primitif s'accroît, envahit la muqueuse du corps, infiltre le muscle en profondeur.

Contrairement au cancer endo-cervical qui est une forme extrêmement maligne, envahissant rapidement les paramètres et les ganglions hypogastriques, le néoplasme du corps reste cantonné à l'intérieur de la cavité utérine, ce n'est que très tardivement qu'il se propage aux ganglions et aux organes du petit bassin. Il reste donc longtemps extirpable ; c'est une forme essentiellement chirurgicale.

Nous étudierons successivement l'aspect macroscopique de l'utérus néoplasique ; les formes anatomo-pathologiques de l'ulcération cancéreuse ; les différentes propagations du néoplasme aux ganglions et aux organes voisins ; les métastases.

L'utérus cancéreux

L'utérus néoplasique est généralement nettement augmenté de volume, sa grosseur peut atteindre celle

Cancer du corps utérin. Forme pédiculée.
(Observation N° 43).

du poing et rarement celle d'une tête de fœtus à terme. Cette augmentation porte surtout sur l'épaisseur ; l'utérus est ventru, globuleux, rappelant comme forme celle d'un utérus gravide de deux mois. Cette augmentation de volume trouve son explication non seulement dans la présence de la tumeur intra utérine, mais aussi dans l'épaisseur souvent considérable des parois utérines. Celle-ci est due à une hypertrophie fonctionnelle des fibres musculaires ; l'utérus se contractant sans cesse pour expulser son contenu. Il faut bien savoir que cette augmentation de volume, extrêmement fréquente, n'est pas constante ; dans certain cas, obs. 93, l'utérus peut être de volume normal.

La surface de l'utérus est généralement lisse, très rarement bosselée. Ces bosselures, quand elles existent, traduisent la présence de noyaux inclus dans la paroi. Ce n'est que très tardivement que ces noyaux apparaissent à la surface de l'utérus. Obs. n° 42-82.

La coupe de la paroi utérine, au niveau du cancer, présente trois couches à étudier : le péritoine, le muscle, la muqueuse dégénérée.

Le péritoine est généralement sain ; comme nous l'avons dit plus haut, les lésions de péritonite cancéreuse sont tardives.

Le muscle est épais, hypertrophié ; il constitue une coque utérine puissante ; il est plus ou moins infiltré par le néoplasme ; il n'y a d'ailleurs pas de limites précises entre le tissu cancéreux et le tissu musculaire sain. Seul, l'aspect spécial du tissu néoplasique, sa coloration gris-blanchâtre, sa consistance plus ferme, per-

mettent de délimiter approximativement les limites de l'infiltration.

Parfois, sur certaines coupes, le muscle est complètement envahi, il est réduit à une mince couche périphérique. C'est dans ce cas qu'il faut craindre la perforation de l'utérus au cours du curettage, de manœuvres opératoires ou d'application de radium.

La muqueuse malade occupe la partie interne ; elle est bourgeonnante, gris-blanchâtre, friable.

Formes anatomo-pathologiques macroscopiques du cancer du corps

La lésion cancéreuse peut prendre des aspects extrêmement différents, aussi a-t-on décrit *des formes circonscrites* : pédiculée et ulcéreuse ; *des formes diffuses.*

Forme pédiculée. — Elle est représentée par une tumeur saillante dans la cavité utérine, à base d'implantation de largeur variable, n'étant parfois qu'un pédicule étroit. Planche n° 1. Elle occupe un point quelconque de la muqueuse utérine, le plus souvent le fond. En dehors du point d'implantation, le reste de la muqueuse semble sain.

Cette masse, de volume variable, allant de celui d'une grosse amande à celui d'un œuf de poule, est irrégulièrement arrondie, épousant plus ou moins la forme de la cavité utérine. Elle est bosselée, formée de bourgeons néoplasiques agglutinés les uns aux autres et implantés sur une même partie centrale. Cette tu-

meur est molle, friable, s'écrasant facilement sous la pression du doigt. La surface est grisâtre, avec des points hémorragiques.

Ce polype cancéreux est d'abord un simple petit bourgeon ; progressivement il s'accroît, remplit la cavité utérine qu'il dilate. Cette forme pédiculée, polypeuse, rappelle la forme bourgeonnante du néoplasme du col, qui, véritable chou-fleur, arrive à combler complètement le fond du vagin.

Forme ulcéreuse. — La lésion se présente sous l'aspect d'une ulcération d'étendue variable, ulcération qui repose sur une masse néoplasique plus profonde. Celle-ci a tendance à s'étendre, à gagner en profondeur plutôt que de bourgeonner vers la cavité utérine. C'est une forme relativement plus maligne. Quelquefois l'ulcération s'accompagne de quelques bourgeons néoplasiques, de volume variable, le plus gros atteignant la dimension d'une petite noisette. On ne saurait mieux comparer leur aspect à l'origine qu'à celui de larges plaques muqueuses saillantes que l'on observe si souvent au pourtour des organes génitaux, de l'anus, dans la syphilis. Ces bourgeons grisâtres, friables, sont recouverts d'un enduit sanieux qu'il est nécessaire d'enlever sous un courant d'eau pour bien voir l'ulcération néoplasique.

Forme diffuse. — A côté de ces deux formes circonscrites : pédiculée et ulcéreuse, il faut faire une place spéciale à la forme diffuse. Elle se développe en nappe pouvant occuper le tiers ou la moitié de la surface de

la muqueuse. Elle est formée de fongosités molles, friables, qui ne font qu'une très faible saillie, qu'un faible relief. Elle offre alternativement au doigt qui palpe la sensation de points durs ou de points ramollis en voie de dégénérescence.

Le cancer diffus occupe de préférence le fond de l'organe. Comme dans les deux autres formes, sa surface est recouverte d'une sanie ichoreuse d'odeur infecte, persistante, qu'il faut enlever pour se rendre compte exactement des limites de la partie malade (1).

Le tissu cancéreux, inégalement vascularisé, offre un terrain très favorable au développement, à la pullulation des germes les plus variables, surtout des anaérobies. Les deux processus, mortification et infection, s'associent. Certains bourgeons néoplasiques se ramollissent, se nécrosent, se sphacèlent, et sont éliminés par fragments avec les pertes purulentes.

Pourtant, étant donné que le cancer du corps est à l'abri des infections vaginales, ces altérations secondaires sont beaucoup moins fréquentes, moins rapides que dans le cancer du col. Les anaérobies très abondants dans le fond du vagin sont, au contraire, plus rares dans la cavité utérine.

Hématomètre et pyomètre. — La desquamation de la muqueuse, les débris néoplasiques nécrosés et sphacélés, peuvent, à un moment donné, obstruer complète-

---

(1) Schockaert. — *Société Belge de Gyn. Obst*, 1921. Carcinome du corps à forme diffuse développé dans un utérus.

Cancer du corps utérin. Forme bourgeonnante et pédiculée.
(Observation N° 55).

ment l'orifice interne du col, surtout que celui-ci a une tendance toute naturelle à se fermer chez les vieilles femmes. Le sang et les sécrétions distendent progressivement la cavité, et transforme l'utérus en une véritable poche hématique ou purulente.

Ce contenu peut être très abondant et atteindre un litre et même plus. Dans l'observation n° 115, l'utérus contenait 1 l. 1/2 de liquide hématique.

L'utérus est alors volumineux, de forme sphérique, de couleur rouge foncé, de surface lisse régulière, enfin de consistance rénitente, même parfois fluctuante. Il peut atteindre le volume d'un utérus gravide de 4 mois et dépasser l'ombilic en hauteur. L'observation n° 115 est particulièrement intéressante à ce sujet : l'utérus était volumineux, atteignait l'ombilic et déterminait par compression des uretères pelviens une anurie presque complète.

Extension à l'utérus

Le néoplasme se développe sur place. Il n'occupe d'abord qu'une partie restreinte de la cavité utérine, la muqueuse environnante ne présentant que des lésions de métrite glandulaire ou hémorragique. Puis la dégénérescence s'étend, le néoplasme bourgeonne vers la cavité et bientôt l'occupe entièrement. Il tend alors à dilater l'utérus, à forcer l'isthme et à descendre dans la cavité cervicale.

En même temps le néoplasme infiltre le muscle en

profondeur. Cette infiltration étant différente selon les formes, la forme ulcéreuse étant plus envahissante que la forme polypeuse ou diffuse. Mais il faut noter que cette propagation au muscle est extrêmement lente, c'est un des caractères principaux du cancer du corps ; celui-ci met des mois pour envahir et traverser la couche musculaire.

Très tardivement la néoplasie atteint la séreuse péritonéale et donne lieu à la formation de noyaux caractéristiques à la surface de l'organe. Il se propage ensuite à tous les organes pelviens. Obs. n° 82.

Il est exceptionnel que le cancer du corps fuse dans la base du ligament large, englobant les uretères, bloquant l'utérus au milieu d'une gangue néoplasique. Cette infiltration rapide, dans le cancer endocervical, ne s'observe qu'à une phase tardive, qu'à la période de cachexie dans le néo du corps.

Extension au canal cervical. Cancer total de la muqueuse utérine. — Classiquement le cancer du corps est limité à la cavité utérine ; dans les formes les plus envahissantes, il s'arrête en bas à l'orifice interne du canal cervical. Au microscope, si l'on examine une coupe portant à cheval sur l'orifice cervico-utérin, on voit une séparation très nette entre les deux berges. En haut, une quantité considérable de tubes épithélioma-teux, en bas, du tissu absolument normal. Ces deux territoires semblent complètement indépendants l'un de l'autre. Dans l'étude des lymphatiques, les injections faites au niveau du col ne colorent jamais le corps, et

réciproquement, celles faites au niveau du corps ne colorent jamais le col (1) ».

Pourtant, il existe une forme exceptionnelle de cancer de l'utérus dans laquelle cette limite inférieure assignée au cancer n'est pas respectée ; dans un certain nombre d'observations, le cancer envahit la cavité cervicale et même la totalité de la muqueuse utérine. Il s'agit alors *de cancer total.* Nous en rapportons 9 observations assez caractéristiques.

Dans la première, obs. n° 42, la muqueuse utérine est entièrement envahie ; le col est fermé, ponctiforme, d'où rétention et pyométrie. Planche n° 7.

Dans la deuxième, obs. n° 89, le col est dilaté, entr'ouvert, le doigt pénètre facilement dans le canal cervical et arrive au contact des bourgeons néoplasiques.

D'autres observations n° 3, 12, 18, 52, 63, 65, 83, 103, sont moins caractéristiques, moins nettes anatomiquement, mais peut être plus instructives, elles montrent des étapes d'envahissement du canal cervical par le cancer, depuis le simple liseré isthmique, la simple coulée néoplasique vers le col, jusqu'à la propagation à tout le canal cervical.

Anatomiquement, l'utérus est très augmenté de volume. Toute la cavité est occupée par le cancer ; elle a perdu toute forme, comblée qu'elle est par des bourgeons néoplasiques. On ne reconnaît nullement ce qui appartient au col de ce qui appartient au corps. Les bourgeons

---

(1) Leveuf et Godart. — *Revue de Chirurgie*, 1923, p. 219. Les lymphatiques de l'utérus.

cancéreux s'arrêtent le plus souvent avant l'orifice externe, laissant libre en hauteur un petit anneau de canal cervical sain, normal. Mais parfois, ils peuvent descendre dans le vagin, masquer plus ou moins complètement le col utérin.

Les auteurs discutent quant à son mode de formation pathogénique. Pour les uns, le cancer total ne serait qu'un néo endo-cervical propagé au corps. Pour d'autres (1), il ne serait qu'un épithélioma du corps propagé secondairement à toute la cavité. On peut encore admettre que la lésion primitive a eu lieu sur l'isthme utérin et que la propagature s'est faite également du côté du col et du corpt. C'est à cette dernière hypothèse que nous nous rangeons en analysant les différentes observations que nous publions. Il faut donc considérer le cancer total comme une forme clinique spéciale du cancer du corps.

Propagations aux organes voisins

Aux ganglions. — Les lymphatiques du corps de l'utérus sont drainés par quatre voies : une voie principale et trois voies secondaires inconstantes.

La voie principale est formée de 4 à 5 troncs lymphatiques qui apparaissent au-dessous de la corne utérine, suivent le ligament suspenseur de l'ovaire, remontent parallèlement aux vaisseaux utéro-ovariens jusque dans

(1) Tixier-Bonnet. — *Journal de chirurgie de Lyon*, 1924.

Cancer du corps utérin. Forme bourgeonnante. Léger envahissement du paramètre droit (Observation N° 80).

la région lombaire. Ils aboutissent aux ganglions juxta-aortiques du côté correspondant.

Les voies accessoires comprennent :

1° L'anastomose juxta-utérine ; les troncs lymphatiques du corps se continuant avec ceux du col.

2° Un ou deux troncs inconstants qui naissent au-dessous de la corne utérine, se portent directement en dehors au ganglion iliaque principal.

3° Un tronc exceptionnel suit le ligament rond et se termine dans les ganglions inguinaux superficiels au groupe supéro-interne.

Dans le cancer du corps, les ganglions lymphatiques sont envahis très tardivement, contrairement à ce qui se passe dans le cancer du col où ils sont rapidement infiltrés. On compte les observations (1) dans lesquelles les ganglions aortiques ou inguinaux sont intéressés (2).

Donc, pratiquement, le chirurgien n'a pas à penser aux ganglions, surtout à la période de début, et même à la période d'état. Les récidives se font le plus souvent sur la tranche vaginale ou à distance.

Aux trompes. — Les trompes sont peu sujettes à l'envahissement cancéreux. Pourtant le néoplasme secondaire n'est pas une exception. Valat (3) en a observé un cas. Schiller (4) rapporte une observation très inté-

---

(1) *S. A.* 1875, Kirmisson.

(2) *S. A.* 1888. Adénopathie vertébrale dans le cancer de l'utérus

(3) Valat. — *Thèse de Paris*, 1888.

(4) Schiller. — *Revue G. et O.* 1924. Monatscher. Geb ud Gyn., decembre 1922.

ressante « Débris cancéreux libres dispersés dans une trompe, dans un cas d'épithélioma primitif du corps ». Cette migration des particules cancéreuses de l'utérus dans la trompe s'expliquerait par le fait que l'utérus, au moment des contractions, pousserait les éléments épithéliaux desquamés dans les orifices tubaires. Bien qu'il n'ait pas trouvé dans ce cas de cancérisation établie de la trompe, l'auteur pense qu'une inoculation de ces greffes cancéreuses libres est parfaitement possible, pouvant donner lieu ainsi à la propagation du mal par implantation directe sur la muqueuse tubaire, sans l'intermédiaire de la voie lymphatique. Begouin (1) a publié également une observation de cancer du corps avec métastases dans les deux trompes. Le cancer était limité à la cavité utérine, mais l'on trouvait en plus deux noyaux métastatiques dans la partie ampullaire des trompes. Comme la partie muqueuse de la trompe était saine, l'auteur croit devoir conclure que l'ensemencement tubaire s'est fait par voie lymphatique.

Nous verrons que cette même discussion revient au sujet des métastases vaginales qui sont relativement fréquentes dans le cancer du corps. Il faut admettre deux voies de propagation : la voie lymphatique et la voie directe.

Nous rapportons deux observations, n° 32 et 68 dans lesquelles, à côté du néoplasme du corps utérin qui est

---

(1) Begouin. — *Revue G. et O.* 1910. Cancer du corps de l'utérus avec métastases dans les deux trompes.

peu développé, nous trouvons une grosse masse salpingienne qui n'est qu'une propagation de l'épithélioma à la trompe. La métastase tubaire est beaucoup plus développée que le cancer primitif.

Aux ovaires. — Le cancer du corps peut également envahir l'ovaire. Dans un certain nombre d'observations, cette métastase sur l'ovaire est signalée. Obs. n° 86.

Violet (1), Delore et Alamartine (2), Guyot (3), Jayle et Papin (4) ont étudié spécialement cette question.

Au péritoine et à l'intestin. — Très tardivement, l'épithélioma traverse complètement la paroi musculaire et intéresse le péritoine. Il apparaît à la surface de l'utérus des noyaux cancéreux blanchâtres. Bientôt le néoplasme adhère à l'intestin avec lequel il peut communiquer (5). Il infiltre le rectum, la vessie, les organes de la paroi pelvienne (6), et tout le petit bassin (7). Obs. n° 62.

---

(1) Violet. — *S. anat. Paris*, année 1907, p. 342 Cancer du corps généralisé aux ovaires.

(2) Delore et Alamartine. — *S. C. de Lyon*, 1919. Cancer du corps utérin avec généralisation à l'ovaire gauche.

(3) Guyot et Jeannenen. — *R. G. et O.*, 1923, p. 53. Néoplasme du corps utérin et des ovaires.

(4) Jayle et Papin — *Revue de Gyn. et de Ch. abd.*, 1904, p 939. De la dégénérescence néoplasique de l'ovaire dans le cancer de l'utérus.

(5) Bérard et Charvet. — Cancer du corps de l'utérus avec envahissement et perforation de l'S. iliaque

(6) Alglave. — *S. A.* p 235, année 1916 Cancer du corps de l'utérus propagé à la vessie. S. Iliaque. Cæcum Intestin grêle.

(7) Huguenin. — *S. A.* 1925, p 133. Infiltration cancéreuse du bassin avec syndrome d'obstruction intestinale consécutive à un cancer minuscule du corps utérin.

Métastases

Les métastases du cancer du corps à la paroi vaginale sont assez fréquentes, nous en rapportons quatre observations.

Dans la première, Obs. n° 16, la greffe vaginale est apparue une année après l'opération. Elle ne siège pas sur la cicatrice vaginale, ce qui pourrait faire penser à une récidive locale, mais loin de cette cicatrice, à l'entrée du vagin.

Dans la deuxième observation, Obs. n° 42, la récidive vaginale est apparue également une année après l'intervention chirurgicale. Elle siège à la partie médiane du vagin.

Dans les observations n° 91 et 94, les métastases évoluent en même temps que le cancer primitif. Dans l'une elle est petite, discutable ; dans l'autre, elle a déjà pris un développement considérable. Seul l'examen histologique permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'une greffe vaginale ; elle est de même nature histologique que le néoplasme du corps.

Ces métastases vaginales sont connues depuis longtemps. Tesson (1) en a rapporté 4 observations sur 31 cas de cancer du corps. Mikaïlovith (2) en a observé 3 cas. Reeb et Berger (3) ont publié deux observations

---

(1) Tesson. — *Thèse de Paris*, 1901.

(2) Mikailovith. — *Thèse de Lyon*, 1926.

(3) Reeb — *G. et O.* 1920 Epithélioma du corps utérin avec métastases miliaires dans la paroi antérieure du vagin.

Reeb et Berger. — *S. Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 1923.

très intéressantes dont nous donnons ici un résumé : « Adéno-carcinome du corps utérin chez une vierge de 47 ans qui n'était plus réglée depuis l'âge de 25 ans. Pendant l'hystérectomie vaginale, l'auteur remarqua qu'une petite tumeur de la grosseur d'un pois siégait dans la paroi antérieure du vagin sous la muqueuse intacte ; l'extirpation de cette tumeur est faite après l'hystérectomie. L'examen microscopique montra que cette tumeur était une métastase du cancer du corps, l'identité anatomique étant complète ».

Les auteurs considèrent généralement ces métastases vaginales comme des greffes par inoculation directe de cellules néoplasiques venues du cancer primitif.

Elles seraient souvent secondaires à l'hystérectomie vaginale (1) au curettage explorateur (2). L'observation de Reeb et Berger (3) est assez démonstrative : « la malade ayant subi plusieurs curettages explorateurs qui n'avaient pas permis de mettre en évidence un cancer de la cavité utérine. Une application de radium avait abouti à l'oblitération complète du col. 3 ans après, la malade présentait un cancer du corps qui avait évolué en vase clos ; des nodules vaginaux de même structure histologique étaient apparus malgré la sténose du col obtenue depuis plusieurs années. »

L'inoculation vaginale semble contemporaine des multiples curettages utérins. Enfin, la métastase vagi-

---

(1) Niehrball : *Arch. f. Gyn.* 1896.
(2) Quénu : *Thèse de Tesson.*
(3) Reeb et Berger : *S. Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 1923.

nale pourrait survenir à la suite de l'application d'une simple laminaire, du port d'un pessaire (1).

Dans la forme nodulaire, infiltrante, l'inoculation se faisant sous la muqueuse qui reste longtemps saine, la théorie de l'inoculation directe est plus difficile à soutenir, à concevoir ; on admet dans ces cas que la propagation néoplasique se fait par voie lymphatique, quoiqu'il n'y ait aucune communication anatomique entre les lymphatiques de l'utérus et ceux du vagin.

Les métastases ont pu s'observer également dans les glandes de Bartholin (2). Schlutter a signalé un cas fort curieux de cancer secondaire des deux glandes de Bartholin chez une femme de 49 ans atteinte du cancer du corps de l'utérus.

Enfin, tardivement, le cancer du corps peut donner des métastases dans le rein, le foie, le cerveau, la plèvre, le poumon, le sein. Obs. n° 13 et 17.

Association

Il est relativement fréquent de voir coexister deux affections différentes et de rencontrer en même temps qu'un cancer du corps, une autre maladie de l'utérus ou de ses annexes.

Cancer du corps et cancer du col. — La planche n° 4 montre l'association d'un cancer utérin siégeant dans la

---

(1) Nélaton : *Thèse de Levesque*, 1902.
(2) Schlutter : *Mémoire de Gyn.* Borozzi, 1918.

Association d'un cancer du corps utérin et d'un cancer endo-cervical.

corne gauche et d'un cancer endo-cervical. Charrier (1) a rapporté une observation de cancer du col et du corps à siège limité, séparés de muqueuse saine et de structure histologique différente.

On retrouve également cette association de néoplasmes dans les observations de Sambalino (2), Eisembrey (3), Durand Lefort (4). Dans sa thèse, Xavier Peter (5) en a publié plusieurs observations.

Cancer du corps et fibrome. — Cette association est relativement fréquente. Vertstraète (6) a réuni 30 observations authentiques de fibromes utérins compliqués d'épithélioma.

Piquand a pu en rassembler 112 observations. Pour cet auteur 2 à 3 % des fibromes utérins seraient compliqués de cancer du corps, Chez les femmes atteintes d'épithélioma du corps. on trouverait en même temps des petits fibromes interstitiels dans 16 % des cas. Richelot irait même plus loin, il trouverait des fibromes dans tous les cas de néoplasme du corps ; mais ces fibromes

---

(1) Charrier : *Bul. S. A. Paris*, 1890, p. 431. Epithélioma pavimenteux du col et cylindre du corps.

(2) Sambalino : *Gynécologie 1910.* Coexistence d'un épithélioma pavimenteux du col et d'un adéno-carcinome du corps utérin.

(3) Eisembrey : *Proced of New-York-Path S.* 1916 Deux types de carcinomes observés dans le même utérus.

(4) Durand Lefort : *Bul S. A.* 1920, p. 652. Coexistence d'un épithélioma du corps et du col.

(5) Xavier Peter : *Thèse de Strasbourg*, 1920.

(6) Vertstraète ; *Thèse de Paris*, 1898, n° 538.

seraient peu développés, passeraient inaperçus si on ne les recherche pas systématiquement.

Nous rapportons une dizaine d'observations n° 26-27-28-30-34-57-71-74-96, dans lesquelles les deux affections, fibromes et cancers, ont été observées en même temps.

Anatomiquement, les rapports du cancer et du fibrome sont différents, il faut considérer trois cas : le plus souvent, le cancer est éloigné du fibrome, l'épithélioma occupe le fond de la cavité, le fibrome siège loin de la lésion maligne sur l'une des parois. Telle l'observation suivante de Fiolle (1) : « Utérus fibromateux avec un petit polype pédiculé inséré sur le corps. Le polype fut d'abord enlevé. La seule particularité était une friabilité spéciale qui engagea à faire un examen histologique. (Cancer cylindrique). L'auteur conclut à la nécessité de vérifier histologiquement de façon systématique tous les polypes utérins, même s'ils ont une apparence bénigne et s'ils sont pédiculés ».

Dans d'autres cas, c'est la muqueuse qui recouvre le fibrome, qui est envahie.

Enfin, on peut voir les traînées néoplasiques infiltrer le fibrome et le pénétrer plus ou moins profondément.

Comment faut-il concevoir cette coexistence des deux affections néoplasiques ? Pour certains auteurs, le cancer est postérieur au fibrome ; l'épithélioma se développerait comme si le fibrome n'existait pas. Il y aurait

(1) Fiolle : *Archives Franco-Belges*. 1924, p. 436. Cancer révélé par l'histologie.

simplement coexistence de deux processus pathologiques.

Il n'est pourtant pas illogique d'admettre avec Piquand que les altérations de la muqueuse utérine, si fréquentes au cours des fibromes, puissent préparer le terrain à la dégénérescence maligne. Le fibrome serait une cause provocatrice de premier ordre pour cet auteur.

Enfin, exceptionnellement, le fibrome peut être le siège de développement d'un cancer. Cette variété de dégénérescence maligne est difficile à concevoir ; elle est même niée par certains auteurs. Il semble en effet peu rationnel que du tissu conjonctif ou musculaire puisse donner naissance à un cancer épithélial. Pour Champy, tout fibrome aurait au centre un îlot de cellules provenant de la muqueuse utérine, cellules glandulaires à type adénomateux. Le fibrome ne serait qu'une sorte de réaction considérable du tissu conjonctif autour de cet adénome minuscule.

La dégénérescence épithéliale se ferait aux dépens des cellules de cet îlot central. Ces cas exceptionnels de transformation épithéliomateuse de fibrome sont facilement explicables par cette pathogénie.

Cancer du corps et polype utérin. — De nombreux auteurs ont depuis longtemps attiré l'attention sur l'association d'un polype et d'un cancer du corps.

Siredey (1) tout dernièrement écrivait : « Dans cer-

(1) Siredey : *J. de M. et de Ch. pratique*, 1920.

tains cas un épithélioma de la muqueuse utérine peut se présenter sous les apparences banales d'un inoffensif polype. On en rencontre d'assez fréquents exemples sur la muqueuse du corps utérin. Lorsqu'une hystérectomie précoce a permis d'enlever un utérus dès le début d'un cancer utérin, il n'est pas rare d'observer, sur un fond ulcéré plus ou moins épaissi, une ou plusieurs végétations polypeuses de 3 à 4 centimètres de long, ou même davantage, qui flottent dans la cavité utérine. Il est rare que ces polypes cancéreux se présentent à l'orifice du col. J'en ai observé un seul exemple : un polype en forme de languette, enlevé par torsion, m'avait frappé par sa dureté. L'examen hystologique révéla un épithélioma cylindrique. L'hystérectomie put être faite en temps utile. Le polype était implanté à très peu de distance au-dessus de l'orifice cervical supérieur il faisait partie d'une masse végétante présentant à sa base la largeur d'une pièce d'un franc.

La seule présence à l'orifice du col d'un polype très caractérisé chez une femme qui a depuis quelque temps des hémorragies suffit pour rassurer le médecin, et cette opinion optimiste est tout à fait justifiée dans la majorité des cas ; mais il serait dangereux de s'y abandonner aveuglément ».

Dans la littérature, on trouve de nombreuses observations de polypes utérins compliqués de cancer du corps.

Mazet (1) présente l'observation d'une femme de

(1) Mazet : *S. de Ch. de Lyon*, 1911, p. 488.

35 ans, ayant des hémorragies depuis 5 ans. Gros utérus, col dilaté, permettant de sentir une tumeur mollasse intra-cervicale non adhérente aux parois utérines. On croit à une vieille rétention placentaire, un essai de délivrance artificielle ramène du tissu d'aspect néoplasique. Le lendemain, hystérectomie totale. Sur la pièce, tumeur implantée sur la paroi postérieure de l'utérus et possédant un pédicule long de 3 centimètres. Examen hystologique : épithélioma cylindrique.

Strassmann (1) rapporte une observation très intéressante. Il s'agissait d'une femme âgée de 54 ans, ménopausée depuis six ans et qui présentait depuis trois ans des métrorragies abondantes. A l'examen, l'auteur trouva un énorme polype en voie d'élimination spontanée qui remplissait le vagin ; l'orifice du col était complètement effacé. Il conseilla d'enlever le polype, quelques heures après son examen, la malade le prévenait qu'elle avait expulsé spontanément son polype. Il fit néanmoins un curettage qui révéla l'existence d'un cancer du corps de l'utérus. L'hystérectomie fut pratiquée quelques jours après. Le cancer utérin avait envahi le pédicule du polype fibreux, le détruisant progressivement et en amenant finalement la rupture.

Enfin, rappelons les observations de Desmarest (2), Mediano et Leroux (3), Banzet et Leroux (4), Tour-

(1) Strassmann : *R de Gyn. et de Ch. Abd.*, 1911.

(2) Desmarest : S. A. 1927. Polype et néo du corps.

(3) Mediano et Leroux : S. A. 1927. Fibrome intra-cervical et cancer du corps utérin.

(4) Banzet et Leroux : S. A. 1927. Fibromyome intra-cavitaire et cancer du corps.

neux (1), Von Winiwarter (2) dans lesquelles un polype masquait la lésion néoplasique de la cavité utérine ou était lui-même le siège d'une dégénérescence cancéreuse.

Louis Michon (3) montre l'importance et la valeur séméiologique du polype muqueux de l'utérus dans le diagnostic des lésions utérines, en particulier du cancer endo-cervical et du cancer du corps.

Cancer du corps et salpingite. — Après la ménopause, la salpingite est rare ; la cause la plus fréquente est l'infection de la cavité utérine ; aussi, en présence d'une salpingite chez une femme âgée, faut-il toujours soupçonner, en l'absence de cause étiologique banale, l'existence d'un néo du corps, d'un polype de la cavité utérine. Le plus souvent, cette infection intra-utérine est atténuée ; les cas sont rares dans lesquels on observe des salpingites aiguës, des pelvi-péritonites ; généralement, on ne rencontre comme complication qu'un hématosalpinx, qu'un hydrosalpinx. Obs. n° 29 et 42.

Cancer du corps et tumeur de l'ovaire. — Un kyste. Obs. n° 19, une tumeur végétante, une tumeur solide de

---

(1) Tourneux : *Gyn. et Obst.* 1920. Dégénérescence d'un polype fibreux de l'utérus.

(2) Von Winiwarter : *Archiv. für gynakologie* 1921. Forme rare d'un carcinome développé dans un polype minusculo-fibreux du corps utérin.

(3) Louis Michon : *Thèse de Lyon*, 1923. Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus.

l'ovaire ou des ovaires peuvent coexister avec un cancer du corps.

Dans l'observation n° 67, un sarcome de l'ovaire droit se développe en même temps qu'un néo du corps. Dans l'observation n° 2, un kyste dermoïde de l'ovaire gauche évolue en même temps qu'un cancer du corps. Keller (1) publie l'observation d'un cancer primitif du corps de l'utérus et cancer primitif de l'ovaire. D'Allaines et Bertrand (2) rapportent l'observation d'une malade opérée pour une volumineuse tumeur de l'ovaire à type d'épithélioma Wolfien. Au niveau de la corne utérine homologue on trouva une petite végétation qui correspondait à un épithélioma cylindrique de l'utérus. L'interprétation de cette double lésion paraît difficile. Dans l'état actuel de la question les auteurs ne peuvent que constater une coïncidence en l'absence de toute lésion intermédiaire entre les deux cancers. Dans la plupart des autres cas relevés par eux, l'épithélioma utérin était primitif et s'était transmis à l'ovaire par l'intermédiaire de la trompe envahie.

Cancer du corps et malformations utérines. — Les malformations utérines sont relativement fréquentes, et nous ne pensons pas qu'il y ait un rapport quelconque avec l'apparition d'un cancer. La malformation utérine n'est en rien une cause prédisposante. Nous en avons rencontré deux observations dans la littérature médicale.

---

(1) Keller : *S O. et G.*, Strasbourg, 1927.
(2) D'Allaines et Bertrand : *S. O. et Gyn. de Paris*, 1924.

1° « Carcinome d'un utérus double (1). Femme de 54 ans dont la menstruation cessa à 45 ans, qui, depuis onze mois, présentait les symptômes cliniques d'un cancer de l'utérus. L'examen de la pièce montra que l'utérus était cloisonné et comprenait deux cavités et deux col séparés. La cavité gauche aboutissait à la tumeur carcinomateuse. L'hystérectomie élargie selon le procédé de Wertheim fut pratiquée avec succès ».

2° « Utérus bifide avec cancer de la corne gauche (2). Femme de 60 ans qui fut opérée par M. J. Mayo pour une tumeur de la fosse iliaque gauche, occasionnant des troubles de compression, faisant corps avec l'utérus, et qu'on avait diagnostiqué fibrome. Les hémorragies répétées, l'état général avait fait craindre un début de dégénérescence néoplasique. Hystérectomie totale. On reconnut que le vagin et le col étaient doubles. A la section, on vit que la partie centrale n'était que le corps utérin, mais un lobe fibromateux séparait l'un de l'autre deux petits utérus nettement isolés dans toute leur étendue jusqu'aux orifices tubaires. Il s'agissait donc d'un utérus bifide complet. Au niveau de la corne gauche, dans la cavité utérine correspondante, on trouva une petite masse végétante, développée aux dépens de la muqueuse et s'enfonçant assez profondément dans la masse musculaire de la paroi. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome ».

---

(1) *Journal de Gyn. et Obst.*, février 1914.
(2) Nelson : *Médical Record*, 1920.

ÉTUDE CLINIQUE

DATE ET MODE D'APPARITION

Le cancer du corps utérin peut s'observer à des périodes différentes dans la vie d'une femme.

C'est avant tout chez la femme âgée, plus ou moins longtemps après la ménopause qu'il se rencontre (90 % des cas, statistique personnelle). C'est le « cancer des vieilles femmes ».

Plus rarement, il peut survenir chez la femme au moment même de la ménopause, observations N° 33-85-92 102-103-110.

Enfin, exceptionnellement, il se rencontre chez la femme jeune en pleine activite génitale. obs. n^{os} 14-37-72-73.

Chez la femme âgée, le tableau clinique est généralement net, caractéristique, les symptômes observés sont tels qu'ils entraînent de suite la conviction. La ménopause s'est faite sans trouble ; des mois, des années se sont écoulés ; quand, brusquement, sans cause connue, sans aucun phénomène prémonitoire, en dehors de toute histoire pathologique, la femme se met à perdre du sang. Elle n'en est point effrayée, « ce sont

les règles qui reviennent », Puis à ces hémorragies, souvent minimes, s'ajoutent quelques pertes d'eau roussâtre, quelques douleurs vagues, qui prennent parfois un caractère paroxystique.

Ces symptômes survenant chez une femme âgée, dont l'utérus est augmenté de volume, dont le col utérin est normal ; doivent faire penser immédiatement au cancer du corps utérin. Ce diagnostic peut être porté d'emblée sans cathétérisme, sans curettage. Les erreurs de diagnostic seront peu fréquentes.

Mais cette forme de symptomatologie, si simple, si facile à diagnostiquer, n'est pas la seule que revête le néoplasme du corps. Celui-ci peut survenir au moment même de la ménopause.

Ici, le début est beaucoup plus insidieux, masqué qu'il est par des troubles fréquents à cette époque. Sur quoi la clinique devra-t-elle se baser ? Les périodes menstruelles qui, au lieu de diminuer, de s'espacer, semblent au contraire devenir plus abondantes ; leur réapparition à intervalles irréguliers, cessant, reprenant, faisant place à de véritables métrorragies sans aucune périodicité déterminée ; l'apparition d'écoulements leucorrhéïques ; l'inefficacité du traitement employé ; sont autant de signes qui doivent orienter le chirurgien vers le diagnostic de néoplasme.

Enfin, le néoplasme du corps peut encore survenir chez la femme jeune avant la ménopause. Ici encore, le début est souvent difficile à préciser, à diagnostiquer. Surtout si la femme est atteinte de métrite glandulaire, de métrite hémorragique. Les règles abondantes, la

présence d'écoulements divers, séreux, séro-sanguins : l'augmentation du volume du corps utérin, sont autant de signes de métrite qui masquent la gravité du mal et le début d'une transformation cancéreuse de la muqueuse. C'est encore la persistance des hémorragies, l'apparition d'écoulements fétides, et surtout l'inefficacité des traitements employés qui doivent faire penser à une dégénérescence maligne.

Donc à côté du tableau principal que nous avons envisagé, le cancer des vieilles, le cancer après la ménopause, que l'on observe dans l'immense majorité des cas, il existe à côté de ce type clinique simple, deux variétés dont l'importance est moindre, mais dont le diagnostic présente de beaucoup plus grandes difficultés. C'est surtout dans ces cas, qu'il faudra multiplier les examens, faire une biopsie endo-utérine, un curettage explorateur, afin de diagnostiquer le cancer d'une façon précoce et donner le maximum de chance de guérison à la malade.

Autant les examens spéciaux sont inutiles chez la femme âgée, autant ils sont indispensables dans ces cas particuliers.

SYMPTOMATOLOGIE

Hémorragies, écoulements, douleurs, sont les symptômes les plus importants qui traduisent l'évolution d'une néoplasie du corps utérin.

Chacun d'eux peuvent se présenter sous des modalités

très diverses, faire complètement défaut, ou au contraire intervenir pour une part extrêmement importante dans la symptomatologie du cancer du corps.

Hémorragies

Comme dans le cancer du col, un des signes qui annonce l'envahissement néoplasique de l'utérus est l'hémorragie. C'est le plus fréquent des symptômes. Presque toujours l'hémorragie ouvre la marche du processus morbide et marque le début de l'affection.

Ces hémorragies sont essentiellement variables comme abondance, comme durée, comme fréquence.

Souvent au début les écoulements sanguins sont abondants, transitoires, séparés les uns des autres par des intervalles plus ou moins réguliers. Une réapparition des règles peut être simulée de la sorte, donnant à la femme l'illusion d'un réveil d'activité génitale. Aussi, très souvent ne se préoccupe-t-elle pas de ces pertes de sang.

Par la suite les pertes sont moins abondantes et à la longue il s'établit un écoulement faible, presque continu. A chaque instant la malade se sent mouillée, son linge est taché.

La nature anormale de ce phénomène ne fait alors plus de doute pour elle et c'est seulement à cette période qu'elle se décide à consulter un médecin. C'est souvent déjà trop tard.

Ce tableau est schématique et ne doit pas être pris à la lettre. Il répond sans doute à la moyenne des cas ;

mais il peut arriver que d'emblée les hémorragies soient légères, fréquentes ; comme d'autres fois, elles peuvent garder jusqu'à la fin de la maladie leur caractère d'abondance et d'inégalité.

Nous ferons remarquer que ce signe n'a rien qui le distingue des hémorragies dues à un cancer du col et, si l'on n'avait pas le renseignement fourni par le toucher vaginal, on ne pourrait pas tabler uniquement sur lui pour faire le diagnostic.

Au début, quand le cancer est minime, l'hémorragie ne saurait être expliquée par le suintement sanguin qui se produit à la surface du néoplasme, elle est le fait d'un état congestif de l'utérus. Ce n'est que tardivement que le cancer lui-même est capable de fournir son appoint, par friabilité des bourgeons cancéreux et par rupture des vaisseaux.

Il faut encore remarquer que les hémorragies seraient plus fréquentes, plus abondantes, plus précoces, dans la forme polypeuse que dans la forme infiltrante.

Leucorrhée. Hydrorrhée

L'écoulement leucorrhéique peut être un signe de début ; il peut accompagner les hémorragies ou leur succéder. Enfin, il peut être complètement absent pendant toute l'évolution du néoplasme.

L'écoulement peut être séreux, hydrorrhéïque, séro-sanguin, rosé ou séro-purulent. Mlle Coutzarida a insisté tout particulièrement sur l'écoulement séreux comme mode de début du cancer du corps. Pour elle,

l'hydrorrhée serait un phénomène constant, caractéristique. C'est là une exagération et il ne faut pas attribuer une telle valeur, une telle importance à ce symptôme et en faire un signe pathognomonique. L'hémorragie reste de beaucoup le signe le plus important. On voit néanmoins des malades atteintes d'écoulements aqueux si abondants qu'elles doivent se garnir plusieurs fois par jour. Parfois, au lieu d'être continue cette sécrétion apparaît d'une façon intermittente, par décharges abondantes.

Cette hydrorrhée résulterait de la transsudation de sérosité sanguine, que favoriserait la congestion des vaisseaux utérins et l'infiltration néoplasique. Cette « Watory discharge » des auteurs anglais est un liquide clair, inodore, analogue au bouillon, contenant beaucoup d'albumine et d'urée.

L'écoulement leucorrhéïque peut se mélanger au sang et donner un liquide rosé, roussâtre, séro-sanguin.

Enfin plus tardivement l'écoulement devient purulent, contenant des débris sphacèles du cancer.

Ces pertes inodores au début, deviennent souvent fétides. Cette odeur extrêmement désagréable permet souvent de faire le diagnostic dès le début de l'examen.

Ces écoulements longtemps bien tolérés se font irritants pour les téguments, les grandes lèvres, la face interne des cuisses et sont une cause sérieuse d'excoriation, de rougeur, de prurigo. En somme, l'écoulement ne prend de valeur diagnostique qu'à une époque avancée de l'évolution du cancer, alors que d'autres signes cliniques sont déjà venus le révéler. Cependant dans un

nombre infime de cas, il peut être le premier signe de début. Un écoulement séreux survenant chez une femme âgée doit toujours faire penser à la possibilité d'un néoplasme.

Douleurs

La douleur est le symptôme le plus inconstant. Comme dans le cancer du col, elle peut faire complètement défaut jusqu'à la période terminale de la maladie. C'est donc un signe sans valeur diagnostique. Ainsi, nous ne pensons pas qu'il faille à l'instar de Bisch, attacher une importance quelconque à ce symptôme et distinguer des cancers non douloureux à début hémorragique et des cancers à début essentiellement douloureux.

Dans un certain nombre de cas, le cancer du corps de l'utérus est douloureux. Mais cette douleur est extrêmement variable comme intensité, comme précocité, comme siège. Généralement il ne s'agit que d'une simple sensation de pesanteur, de tiraillement dans le bas-ventre, elle est comparable à celle des métrites et n'offre aucun caractère particulier. Tardivement à la phase de complication et d'envahissement, elle peut devenir beaucoup plus intense et nécessiter la morphine. Beaucoup plus rarement, dans un nombre de cas restreints, les douleurs sont plus marquées, revêtant une physionomie très particulière et assez caractéristique. Ce sont alors de véritables douleurs expulsives, survenant d'une façon paroxystique, sorte de coliques uté-

rines extrêmement vives, comparables à celles de l'accouchement. Elles siègent dans le bas ventre, irradient dans la région vulvaire, périnéale, dans les cuisses et les jambes.

Ces crises paroxystiques répondent à des périodes de rétention de sang, de sécrétions muco-purulentes. Rétention qui se produit par suite de l'obstruction du canal cervical par les bourgeons néoplasiques ou plus simplement par déviation, flexion accentuée de l'utérus.

Ainsi les observe-t-on surtout dans les cancers du corps compliqués d'hématomètre, de pyomètre. C'est vraiment dans ces formes cliniques particulières que l'on observe ces douleurs spéciales si bien décrites par Simpson et Pozzi.

A la phase tardive, la pathogénie est toute différente, il faut alors incriminer la névrite, par envahissement des paramètres et du péritoine.

État général

L'état général est parfait pendant très longtemps. L'appétit est conservé, il n'y a aucun amaigrissement, aucune perte de force, la température est normale. On est souvent surpris de constater chez des sujets d'aspect florissant un néoplasme déjà avancé.

EXAMEN CLINIQUE

C'est surtout chez la femme relativement jeune avant ou pendant la ménopause qu'il faudra mettre tout en œuvre pour faire un diagnostic précoce de cancer du corps utérin. Car celui-ci peut être confondu avec une métrite adénomateuse, une métrite hémorragique, un polype fibreux du corps.

Par contre, chez la femme âgée, ayant dépassé l'âge de la ménopause les signes fonctionnels permettent à eux seuls, de porter le diagnostic de cancer ; les erreurs seront rares.

Toucher vaginal

En combinant le toucher vaginal et la palpation abdominale, on peut obtenir un certain nombre de renseignements précieux. Nous avons de la sorte l'utérus entre les mains et nous pourrons, surtout si la paroi abdominale est mince, nous rendre compte facilement de l'état du col, du corps et des culs-de-sac vaginaux.

Le col est le plus souvent de consistance, de forme, de grosseur normale. N'ayant que des modifications

dues à l'âge et au passé obstétrical de la malade. Mais assez souvent, l'orifice externe du col est entr'ouvert; c'est un symptôme très important ; il est noté dans beaucoup de nos observations. Rarement l'ouverture est assez grande pour laisser passer l'extrémité de l'index. C'est seulement dans le cancer du corps propagé au col, dans le cancer total de la muqueuse utérine que le doigt pénètre dans la cavité cervicale et peut sentir des bourgeons néoplasiques, ou des lésions de la muqueuse endocervicale.

Certains auteurs ont signalé comme signe de néoplasme du corps, le ramollissement excessif du col, semblable à celui que l'on trouve dans la grossesse. Ce symptôme n'a pas été signalé dans aucune des observations que nous publions et nous ne lui attachons qu'une importance toute secondaire.

Le volume du corps est un signe plus important. L'utérus est le plus souvent gros, atteignant et dépassant même la symphyse pubienne. Il est globuleux, modérément dur, comparable à un utérus gravide de 2 mois environ. Mais il faut bien savoir que cette augmentation de volume n'est pas un symptôme absolument pathognomonique, c'est un signe qui n'est pas constant, l'utérus peut être de volume normal, même dans certains cas, petit, atrophié, obs. 93. C'est une chose qu'il faut bien savoir et ne pas rejeter le diagnostic de cancer, si le corps utérin a un volume normal.

Il reste à juger de l'état des culs-de-sac, signe dont dépend ou non l'opérabilité du néoplasme.

Dans le cancer du corps, les culs-de-sac sont souples,

complètement libres, l'utérus est mobile. Ce n'est que très tardivement que les paramètres sont envahis par la néoplasie, à la phase de cachexie de l'affection. Ainsi, si l'on trouve des culs-de-sac empâtés, faut-il penser à la coexistence de lésions annexielles anciennes, qui ne contre indiquent nullement l'intervention.

Examen au spéculum

Cet examen permet de se rendre compte de l'intégrité du col et des parois vaginales. L'orifice externe est souvent ponctiforme, parfois légèrement entr'ouvert, laissant échapper un léger écoulement séro-sanguin. On pénètre généralement facilement avec l'hystéromètre, car le col est très facilement dilatable ; c'est encore un signe important, précieux. La cavité utérine est agrandie, elle mesure 8,9,12 centimètres. Le simple fait de faire pénétrer l'hystéromètre détermine souvent une petite hémorragie. L'utérus néoplasique saigne extrêmement facilement. L'hystéromètre permet de se rendre compte également du degré d'irrégularité de la muqueuse utérine, de percevoir parfois des bosselures molles dans la cavité utérine.

Biopsie endo-utérine

La biopsie endo-utérine peut rendre de grands services dans le diagnostic de cancer du corps. C'est une petite exploration que l'on pratique extrêmement faci-

lement et qui peut se faire au cours d'un simple examen gynécologique. Elle ne nécessite aucune anesthésie, aucune dilatation préalable du col. A cet effet, on peut employer soit une très petite curette de Volkmann, soit la curette spéciale du Docteur Douay. Elle est droite, terminée par une petite cupule arrondie, supportée par deux montants latéraux tranchants. Elle s'introduit dans l'utérus avec la plus grande facilité, sans le moindre traumatisme, presque aussi facilement qu'un hystéromètre. Pour prélever un petit fragment, il suffit de tourner la curette dans le sens des aiguilles d'une montre, la partie tranchante du montant sectionne les bourgeons néoplasiques qui ont tendance à venir se mettre entre les deux montants. Le fragment tombe dans la cupule, puis est retiré avec la curette. Cette biopsie endo-utérine est une méthode d'exploration des plus bénigne, elle peut se faire dans le cabinet même du médecin. C'est donc un moyen précieux, excellent, qui,quand il est positif,permet d'affirmer à peu de frais le diagnostic de néo d'une façon certaine. Malheureusement, surtout dans le cancer du corps situé dans une corne utérine, cette biopsie est négative ; dans quelques cas rares, la curette ne peut franchir l'isthme utérin et pénétrer dans la cavité utérine, sans dilatation préalable.

C'est dans ces cas que les auteurs classiques conseillent le curettage explorateur.

Curettage explorateur

C'est déjà une opération plus complexe, elle nécessite presque toujours l'anesthésie générale et de ce fait le séjour à l'hôpital pendant une semaine.

La dilatation est obtenue soit en posant une laminaire la veille, soit immédiatement à l'aide de bougies de Hégard. Cette dilatation doit être faite lentement et sans effort, ce qui est très important dans le cas de cols sclérosés, sénils, qui se dilatent difficilement.

Le curettage sera fait ensuite avec une petite curette en procédant systématiquement sur chaque face et en ressortant chaque fois. Il faut surtout curetter les cornes utérines. Elles sont souvent le siège du néo au début.

Les débris sont mis dans une compresse et examinés ; souvent ce simple examen mascroscopique permet déjà de faire le diagnostic, par l'aspect spécial des petits fragments et de leur friabilité. L'hémorragie déterminée par quelques coups de curette est également un bon signe de dégénérescence maligne.

Le Professeur Champy a cherché à appliquer, dans le service du Pr Faure, sa méthode d'examen extemporanée, utilisée d'une façon courante pour le diagnostic des cancer du sein douteux. Mais, à la suite d'un curettage, l'examen est beaucoup plus difficile ; celui-ci ne portant que sur de petits fragments, la netteté des coupes n'est pas toujours suffisante pour faire un diagnostic histologique avec certitude.

Critique du curettage explorateur. — Tous les traités de gynécologie et de chirurgie générale conseil-

lent de faire chez toute femme, perdant du sang après la ménopause, un curettage explorateur. Nous pensons au contraire, avec notre Maître le Pr. Faure, que ce curettage explorateur n'est pas absolument indispensable et peut devenir nuisible dans certains cas. Notre opinion peut s'exprimer de la façon suivante : « *Après la ménopause, l'apparition d'hémorragies utérines persistantes doit suffire pour permettre de porter le diagnostic de néoplasme utérin, les chances d'erreurs sont infimes* ». En effet, supposons qu'après le curettage l'examen histologique soit positif, il donnera une certitude de plus. Mais si au contraire il est négatif l'incertitude persiste et l'on ne peut pas conclure d'une façon formelle à l'absence de cancer et être rassuré complètement. Même avec un cancer en évolution, les résultats peuvent être négatifs. La limitation et la situation de la lésion peuvent lui permettre d'échapper à la curette si l'exploration n'est pas conduite avec méthode. Quelle que soit même l'attention du chirurgien, il est certaines tumeurs qui par leur petitesse et leur siège dans une corne utérine sont à l'abri des recherches.

Souvent, on recueille quelques débris infimes, perdus au milieu de caillots, de parcelles de muqueuses saines, sur lesquels l'examen histologique est particulièrement difficile. Il faut examiner successivement chacun de ces fragments, multiplier les coupes, sous peine de passer à côté d'un début de dégénérescence néoplasique. C'est donc, s'il y a une erreur, un nouveau délai accordé à l'évolution du cancer.

Le curettage explorateur peut exposer à l'infection,

Lipiodol intra-utérin. Image lacunaire correspondant à un cancer endo-cervical. Cliniquement on avait pensé à un cancer du corps utérin.

être le point de départ de septicémies, déterminer des hémorragies ennuyeuses. Dans les utérus où le muscle est envahi et réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier, la perforation avec toutes ses conséquences est à redouter. (1)

Le curettage met en liberté des cellules cancéreuses qui peuvent être lancées dans la circulation générale et donner des métastases à distance. Il peut également produire quelques érosions de la muqueuse vaginale et permettre une inoculation directe.

Comme dans le cancer du sein où la biopsie est actuellement presque complètement abandonnée, elle peut donner un coup de fouet à la marche envahissante du néoplasme.

Lipiodol intra-utérin

Cette méthode récente a attiré l'attention des gynécologues et a déjà fait l'objet de nombreuses communications (2 à 7). L'examen radiologique de l'utérus cancéreux peut montrer selon l'évolution du néoplasme, en plus de l'agrandissement de la cavité utérine, une irré-

---

(1) Bardon : *Bul. S. de C. et O.*, 1923. Cancer du corps, curettage explorateur, perforation utérine, hystérectomie totale le 4e jour. Guérison.

(2) Mocquot et Bureau : *Presse Médicale*, décembre 1927.

(3 Cotte et Bertrand : *Gy et Obst.*, août 1926.

(4) Tussau ; *Soc. de chir. de Paris*, mai 1925.

(5) Grégoire-Béclère : *Soc. de Chir.*, 1926.

(6) Dartigues et Dimier : *Paris chirurg.*, septembre 1926

(7) Oumanski ; *Thèse Paris*, janvier 1926.

gularité de l'un des bords ; une échancrure irrégulière, dentelée, crénelée, du fond ou de l'une des cornes ; une véritable amputation, ou une image lacunaire, marécageuse d'une partie de la cavité utérine. Planche 6.

Ces aspects radiologiques joints aux signes cliniques, prennent incontestablement une grande valeur diagnostique. Mocquot va jusqu'à soutenir que : « les résultats de l'examen radiologique sont assez probants pour que l'on puisse se passer de la biopsie. Nous reconnaissons que cet examen, relativement simple, admirablement bien supporté par les malades, peut être d'un précieux secours, mais nous serons moins affirmatif que Mocquot. Le polype intra-utérin, le fibrome sous-muqueux, peuvent donner des images comparables à celles de l'épithélioma, ces images seraient plus régulières, plus nettes, plus arrondies, ce ne sont là que des nuances sur lesquelles il est difficile d'affirmer nettement un diagnostic.

Le lipiodol permet également un diagnostic de localisation et la différenciation entre le cancer du corps et celui du canal endo-cervical au début, planche 5. Ce diagnostic topographique présente un gros intérêt thérapeutique, car si l'épithélioma du corps relève de l'hystérectomie totale, l'épithélioma cervical relève au contraire du Weilhem.

Lipiodol intra-utérin. Image lacunaire très nette correspondant à un cancer du corps utérin.
En plus fibrome calcifié, enclavé dans le cul-de sac de Douglas.

FORMES CLINIQUES DU CANCER DU CORPS

Nous n'insisterons pas sur les formes hémorragiques, les formes douloureuses, nous étudierons plus particulièrement trois formes cliniques spéciales : le cancer avec pyométrie, le fibrome compliqué d'épithélioma, le néoplasme total de la muqueuse utérine.

Cancer du corps et pyométrie

Le pyomètre est une complication assez fréquente de l'épithélioma du corps. Il s'oberve dans 10 % des cas. Nous en rapportons cinq obs. nos 42 97-115-106-114.

Cliniquement le pyomètre peut revêtir différentes formes ; il peut être fermé, ouvert,ou-intermittent.

Le pyomètre fermé ou latent est rare, il peut se traduire uniquement par des signes généraux qui n'attirent pas l'attention sur l'utérus.

L'observation suivante de Dambrin (1) est assez caractéristique. « Pyométrie ayant simulé une maladie fébrile, causée par un épithélioma du corps. Il s'agit d'une femme qui avait depuis deux ans des métrorra-

(1) Dambrin : *Bulletin de la S. de G. et O., 1923.*

gies, non calmées par l'expulsion spontanée d'un petit polype. L'utérus étant gros, on pensa à un fibrome. Quelques jours avant l'opération s'alluma une fièvre élevée, qui atteignit rapidement 39°5 40°. Cet état fébrile ne s'accompagna d'aucune douleur abdominale, les pertes cessèrent complètement.

La malade fut examinée par le Professeur agrégé Tapie qui pratiqua une hémoculture et élimina la possibilité d'une septicémie. Après l'intervention, on constata que le col ou plus exactement l'isthme était complètement obstrué par des bourgeons néoplasiques. La cavité utérine était transformée en un véritable clapier purulent ».

Le pyomètre ouvert est de beaucoup la forme la plus fréquente. Il se traduit par l'abondance extrême des pertes purulentes, fétides, sanieuses. Le col est entr'ouvert, rouge, recouvert d'enduit purulent. Par l'orifice externe béant, s'écoule d'une façon presque continue des sécrétions cancéreuses. Obs. n° 97.

Le pyomètre intermittent est une forme très spéciale, caractérisée par deux symptômes importants : les douleurs vives, paroxystiques ; les débâcles purulentes (Obs. n° 115). Ces douleurs doivent être distinguées de celles dues au néoplasme lui-même. Elles sont souvent très intenses, irradiant dans tout le bas ventre, dans tout l'abdomen. Elles surviennent quand l'utérus distendu par les sécrétions intra-utérines, cherche à expulser son contenu à l'extérieur. Elles cessent complètement dès l'évacuation spontanée ou provoquée du liquide intra-utérin. Elles réapparaissent à intervalles

irréguliers, en même temps que le pyomètre se reforme. Elles peuvent être comparées aux douleurs observées dans les pyonéphroses, ou aux douleurs du travail pendant l'accouchement.

La débâcle purulente qui fait suite à la douleur est d'abondance variable. Parfois extrêmement abondante, formée de liquide fétide, purulent. C'est une véritable vomique vaginale.

Le diagnostic en est généralement facile. L'utérus est très augmenté de volume, globuleux, pouvant atteindre l'ombilic. Sa consistance est élastique, rénitente, parfois pseudo-fluctuante, pouvant faire penser à un kyste de l'ovaire (Observation n° 115).

Au spéculum, le col est fermé, l'hystéomètre pénètre avec difficulté dans le canal cervical. Mais dès que le passage est fait, dès que l'obstacle cervical est levé, du pus s'écoule en abondance. Signe qui affirme le diagnostic de pyométrie. (Obs. 42 et n° 107).

Ces formes de cancer avec pyométrie sont généralement d'un pronostic grave. Les malades sont fatiguées, la température est oscillante (obs. n^{os} 97, 107) l'état général est mauvais. La cavité utérine se désinfecte difficilement malgré les lavages antiseptiques et l'application de radium. Pendant l'opération l'utérus friable peut se rompre. Le contenu utérin peut passer de l'utérus dans le vagin et refluer dans le champ opératoire au moment de la section vaginale. Ainsi faut-il avoir soin de ne pas pincer le corps utérin, mais plutôt placer latéralement, au niveau de chaque corne utérine une longue Kocher qui mord profondément sur toute la hau-

teur du ligament large du niveau de son insertion utérine.

Ces pinces assurent en même temps l'hémostase en fermant la circulation du retour.

Enfin les lymphatiques du petit bassin étant gorgés de pus, il faut placer systématiquement un Mikulicz, comme dans le Wertheim ; afin d'éviter la péritonite et la cellulite pelvienne diffuse.

Cancer du corps et fibrome

Nous avons vu au chapitre d'anatomie pathologique que l'association du cancer du corps et du fibrome est relativement fréquente.

Cliniquement, dans presque toutes les observations publiées, l'évolution est comparable, elle se fait en deux temps.

Le fibrome apparaît d'abord avec tous ses signes : ménorragies, pesanteurs pelviennes, augmentation du volume du ventre ; puis plus ou moins longtemps après, dans une deuxième période, l'épithélioma fait son apparition. Le cancer peut se soupçonner par le changement de caractère des hémorragies qui sont moins abondantes, qui tendent à devenir continues ; par l'apparition d'écoulement anormaux, rosés, sero-sanguins, de pertes fétides ; par l'apparition de douleurs.

Le diagnostic de dégénérescence maligne est très difficile à faire et le plus sage est d'opérer sans tarder un fibrome qui devient douloureux, qui s'accompagne d'hémorragies continues, de pertes purulentes. Après

Cancer total de la muqueuse utérine.
(Observation N° 42).

la ménopause le fibrome doit rétrocéder. S'il fait parler de lui, il faut l'opérer sans tarder, sans essayer au préalable un traitement par le radium ou les rayons.

Cancer total de la muqueuse utérine

Cette forme spéciale de cancer du corps est souvent confondue avec le cancer endo-cervical. D'ailleurs cette confusion est sans grande importance car l'une comme l'autre doivent être traitées par l'hystérectomie élargie, le Wertheim.

Certains signes peuvent en permettre le diagnostic. Les pertes hydrorrhéïques et leucorrhéïques sont beaucoup plus abondantes, les douleurs sont plus intenses ; à l'examen le col est entr'ouvert, le doigt pénètre souvent dans la cavité cervicale et peut atteindre les bourgeons néoplasiques. (Obs. 89). Dans certains cas, ces bourgeons peuvent apparaître à l'orifice externe du col. Obs 63.

Le corps utérin est gros, globuleux, douloureux à la palpation bimanuelle.

Le cancer total s'accompagne souvent de pyométrie. Ob. 42. De même cet épithélioma se complique de métastases vaginales. Obs. 42-52.

Cancer du corps et métastase vaginale

Cette complication a déjà été assez longuement étudiée au chapitre d'anatomie pathologique. Cliniquement elle peut prendre trois formes différentes de début, superficielle, nodulaire, infiltrante.

La *forme superficielle* est une petite tumeur bourgeonnante saignant facilement au moindre contact, reposant « en pastille » sur la muqueuse vaginale encore souple. Elle siège sur un point quelconque du vagin, mais le plus souvent sur la face postérieure séparée du col par une portion de muqueuses saine.

La *forme nodulaire* siège le plus souvent dans la région du méat urinaire, presque toujours dans la paroi antérieure du vagin ou au pourtour de l'entrée vaginale. C'est un petit nodule, nettement circonscrit, peu adhérent, de la grosseur d'un pois, recouvert de muqueuse saine.

La *forme infiltrante*, diffuse, mal circonscrite, occupe presque toujours la région périurétrale, cette métastase est mal circonscrite, adhérente à la muqueuse vaginale, épousant les contours du canal urétral. Obs. n° 92.

Secondairement, dans ces deux dernières formes, la muqueuse s'ulcère ; à la période d'état, les trois formes sont alors comparables.

L'existence de la tumeur vaginale peut servir au diagnostic du cancer du corps. Par contre les symptômes qui lui sont propres peuvent masquer les signes du cancer du corps et conduire à des erreurs de diagnostic désastreuses.

On peut poser en principe, que toute tumeur infiltrée ou superficielle du vagin doit faire penser au cancer du corps utérin. Il faut donc explorer systématiquement l'utérus afin de dépister le néoplasme latent.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Tout utérus perdant du sang après la ménopause, ne fut-ce que quelques gouttes, doit être suspect de cancer *a priori* (Quénu).

Peu importe de faire un diagnostic très précis, ce qu'il faut faire c'est un diagnostic d'intervention. Les chances de guérison seront d'autant plus grandes que l'intervention sera plus précoce. Si l'intervention est faite au début, on peut dire que la malade a 80 % de chances de guérison définitive.

Chez la femme âgée après la ménopause les chances d'erreur sont peu nombreuses, deux diagnostics restent à discuter : la métrite sénile et le polype du corps utérin.

La metrite sénile apparaît au même âge que le cancer. Elle se caractérise comme lui par des écoulements, des métrorragies, des douleurs, cependant certaines différences séméiologiques permettent de penser à ce diagnostic. Dans la métrite, le symptôme le plus important est la leucorrhée, elle est jaunâtre, grisâtre, d'abondance variable, elle exhale une odeur assez prononcée, souvent fétide. L'odeur précoce de ces suintements constitue un bon signe de métrite, dans le cancer cette féti-

dité est beaucoup plus tardive. Les hémorragies sont très souvent complètement absentes, elle sont petites, peu importantes, insignifiantes.

A l'examen le vagin est étroit, on constate assez souvent la présence de un ou plusieurs diaphragmes qui empêchent d'atteindre le col, celui-ci est fermé, dur, scléreux. Le corps utérin est le plus souvent petit, atrophié.

La métrite évolue lentement, avec des périodes d'amélioration ; au contraire l'évolution du cancer est progressive.

Enfin le traitement est un bon élément de diagnostic différentiel, les lavages intra-utérins, le curettage, donnent une amélioration considérable, souvent la guérison définitive d'une métrite sénile.

En cas de doute, il faudra néanmoins avoir recours à l'examen histologique, c'est la meilleure façon d'affirmer le diagnostic avec certitude.

Le polype, comme le cancer donne lieu à des métrorragies plus ou moins fréquentes et abondantes, il peut suppurer, se gangréner, toutes conditions qui permettront encore mieux la confusion avec le cancer. Encore ici rien ne permet cliniquement de faire un diagnostic précis, l'examen lipiodolé peut montrer la forme du polype, mais ne permet pas une plus grande précision sur sa nature bénigne ou maligne. Seul l'examen histologique permet cette affirmation, mais nous avons vu les critiques que l'on peut adresser au curettage explorateur.

En définitive chez une femme âgée, qui a des métror-

ragies persistantes, il est souvent préférable de faire systématiquement une hystérectomie. C'est la façon la plus radicale d'opérer dans les meilleures conditions le cancer du corps.

Chez la femme jeune, ou chez la femme au moment de la ménopause, le diagnostic est beaucoup plus difficile, il se pose avec la métrite adénomateuse, le fibrome sous-muqueux, l'erreur est encore assez fréquente. Obs. 98-100-101-102-104-106.

C'est dans ces cas que l'on est autorisé à multiplier les examens, et à faire un curettage explorateur très minutieux pour permettre par la biopsie un diagnostic de certitude.

DIAGNOSTIC D'OPÉRABILITÉ

Le cancer du corps est presque toujours opérable. Ce n'est que tardivement, à une période très avancée que l'utérus complètement envahi par le néoplasme se fixe et adhère aux organes voisins.

La seule condition d'opérabilité est donc la mobilité de l'utérus. Alors que l'envahissement des paramètres est très rapide dans le cancer du col et spécialement du canal endo-cervical, il en est tout autrement, on l'a vu, lorsque le néoplasme est localisé au corps. Il est donc capital de s'assurer que l'utérus est mobile, que les culs-de-sac sont souples.

En présence d'un utérus cancéreux immobilisé, il faut penser à la possibilité de vieilles salpingites adhérentes et dans le doute il faut faire une laparotomie exploratrice. Après avoir libéré les annexes malades, on a la surprise de constater que l'utérus est mobile et qu'une intervention radicale peut être faite.

Avant de pratiquer l'intervention, il faut tenir compte de l'âge, de l'état général. Ce sont des contre-indications spéciales, dont la valeur ne peut être appréciée que pour chaque cas en particulier.

PRONOSTIC

Pour beaucoup de chirurgiens, le cancer du corps ne serait pas d'un très bon pronostic. La mortalité post-opératoire serait élevée, l'opération ayant lieu chez des femmes âgées, fatiguées, qui supporteraient mal les grandes opérations. Les récidives ne seraient pas rares, soit sur place au niveau de la cicatrice vaginale, soit dans le pelvis.

L'analyse des observations que nous publions nous permet d'être moins pessimiste, la mortalité opératoire reste relativement élevée de 7 à 8 %. Mais par contre nous pouvons affirmer qu'une malade opérée dans de bonnes conditions, a environ 80 chances sur 100 de rester définitivement guérie, le pronostic de ce néoplasme est donc relativement bon.

OBSERVATIONS

Nous diviserons nos observations en 3 groupes suivant le traitement employé.

1er Groupe. — 95 observations, n° 1 à 95. Malades opérées d'hystérectomie totale, subtotale, vaginale ou élargie.

2e Groupe. — 17 observations, n° 96 à 112. Malades traitées par le radium ou les rayons X, et opérées secondairement.

3e Groupe. — 5 observations n° 113 à 117. Malades traitées uniquement par le radium.

PREMIER GROUPE

Observations de malades opérées d'hystérectomie

Obs. I. — *Néo du corps. Hystérectomie subtotale totalisée. Guérison opératoire. Récidive en 1920.*

Mme M..., 60 ans ; a des métrorragies depuis une année.

Diagnostic : néo du corps.

Opération : le 9 mars 1917 ; prof. J.-L. Faure.

Hystérectomie subtotale difficile, la malade étant très

grosse, ayant une paroi abdominale très épaisse. Hémostase difficile.

On fait l'ablation secondaire du col.

Pièce : Cancer de la cavité utérine descendant à 1 centimètre au-dessus du plan de section.

Récidive en 1920.

Obs. 2. — *Néo du corps utérin et kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.*

Mme E...; ménopause à 55 ans.

Diagnostic : néo du corps utérin.

Opération le 6 juillet 1917 ; prof. J.-L. Faure.

Hystérectomie totale relativement simple ; bonne péritonisation. Appendicectomie.

Pièce : l'utérus est gros, augmenté de volume, la cavité utérine est occupée par une masse néoplasique bourgeonnante ; caractéristique. De plus kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

Suites favorables. Pas de nouvelles depuis.

Obs. 3. — *Néoplasme du corps. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison opératoire. Récidive rapide.*

Mme A..., 60 ans, ménopause, 57 ans.

Diagnostic : néo du corps.

Opération, le 27 juillet 1917, prof. J.-L. Faure.

Hystérectomie totale difficile, hémostase difficile, pinces à demeure et Mikulicz.

Pièce : néoplasme très avancé, infiltrant le muscle en profondeur, intéressant toute la cavité utérine, arrivant jusqu'au voisinage de l'orifice externe du col. Il est bourgeonnant, putréfié, recouvert d'un enduit sanieux.

Guérison opératoire, mais récidive rapide.

Obs. 4. — *Cancer du corps. Hystérectomie subtotale. Guérison opératoire récidive dans le col.*

Mme U..., ménopause à 48 ans, 71 ans.

Diagnostic : néo du corps.

Opération le 31 août 1917, la malade étant âgée, on fait simplement une hystérectomie subtotale.

Pièce opératoire : grosse masse polypeuse, putréfiée et dégénérée, située dans l'intérieur de la cavité utérine. Col sain.

Examen histologique : épithélioma cylindrique. *En 1918 récidive* dans le col que l'on traite par le radium, amélioration et nouvelle récidive.

Obs. 5. — *Cancer du corps, Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.*

Mme M..., 65 ans, pertes depuis une année.

Diagnostic : néo du corps.

Opération le 26 novembre 1917 ; prof. J.-L. Faure.

Curettage explorateur qui ramène de nombreux débris néoplasiques ; on décide de faire immédiatement une hystérectomie vaginale.

Pièce : toute la cavité est occupée par le néoplasme.

Guérison opératoire.

Obs. 6. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Mort par embolie le 14e jour.*

Mme R..., 65 ans, pertes depuis une année.

Diagnostic : néo du corps.

Opération le 20 octobre 1917, prof. J.-L. Faure.

Dilatation rapide, curettage, issue de bourgeons néoplasiques en très grande quantité. Hystérectomie subtotale, totalisée immédiatement.

Pièce : Dans l'intérieur de l'utérus, on trouve un néo

remplissant toute la partie inférieure de la cavité. Examen histologique positif.

Suites : Mort par embolie le 14e jour.

Obs. 7, — *Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1917.*

Mme Am..., 56 ans, pertes depuis quelques mois.

Opération le 7 décembre 1917 ; prof. J.-L. Faure.

Curettage qui permet de faire le diagnostic de néo de la cavité.

Immédiatement hystérectomie vaginale.

Pièce : masse néoplasique remplissant toute la cavité utérine.

Avril 1928 : pas de récidive.

Obs. 8. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Pas de récidive. Mort en 1927 de cardiopathie.*

Mme G..., 63 ans ; ménopause à 50 ans.

Entre à l'hôpital Broca le 3 mai 1917 ; elle a depuis quelques mois des métrorragies et des pertes blanches.

Diagnostic : néo du corps. Biopsie positive.

Opération : Dr Jayle le 22 mai 1917.

Hystérectomie abdominale totale. Opération difficile par suite de l'épaisseur de la paroi.

Fermeture de la paroi en trois plans. Suites bonnes.

4 octobre 1919 : éventration, bien maintenue par une ceinture abdominale. Etat général bon. Cicatrice vaginale souple.

6 février 1924 : bien portante.

Malade vue à différentes reprises.

Février 1927 : meurt de cardiopathie.

Obs. 9. — *Cancer du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.*

Mme L..., 56 ans, entre à l'hôpital Broca le 26 novembre 1917.

Diagnostic : néo du corps.

Opération : 6 décembre, prof. Pozzi : hystérectomie vaginale.

Suites opératoires : bonnes ; elle sort le 13 janvier 1918.

Obs. 10. — *Cancer du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire. En 1922 morte de congestion cérébrale.*

Mme S..., 55 ans, ménorragies après ménopause.

Opération le 17 décembre 1917 ; prof. J.-L. Faure.

Dilatation ; curettage ramenant de nombreux débris néoplasiques.

On fait immédiatement une hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen.

Pièce : toute la cavité utérine est occupée par le néoplasme.

Examen de la pièce : cancer cylindrique.

Avril 1922 : morte de congestion cérébrale.

Obs. 11. — *Epithélioma du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.*

Mme B..., 61 ans, pertes depuis 2 ans.

Opération le 25 juin 1918. Dilatation et curettage utérin ramenant des bourgeons néoplasiques nombreux,

Hystérectomie vaginale immédiate.

Examen histologique : cancer cylindrique.

Obs. 12. — *Cancer du corps avec propagation au col. Wertheim. Mort.*

Mme G..., 60 ans, néoplasme du corps avec propagation au col,

Opération : Dr Séjournet : Wertheim ; utérus adhérent à droite. Libération, drainage vaginal.

Mort le 19 août 1919 ; 9 jours après l'intervention.

Obs. 13. — *Néo du corps, Hystérectomie subtotale. Guérison opératoire. Néo du sein en 1924. Pas de récidive depuis.*

Mme M..., 55 ans, entre le 20 février 1919 à l'hôpital Broca.

Diagnostic : néo du corps, utérus fibromateux.

Opération le 8 mars ; prof. J.-L. Faure. Hystérectomie abdominale subtotale par le procédé américain.

Fermeture sans drainage.

Pièce opératoire : néo limité au fond de la cavité utérine.

Biopsie positive : suites bonnes, malade sort le 3 avril.

Avril 1924 : ablation du sein droit : pour néoplasme (hôpital Saint-Joseph).

Avril 1928 : Mme M... nous écrit « je suis très bien portante depuis mon opération ».

Obs. 14. — *Cancer du corps. Hystérectomie subtotale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1919.*

Mme D..., 34 ans.

Diagnostic : néo du corps utérin. Biopsie positive.

Opération le 26 février 1919, prof. J.-L. Faure. Hystérectomie subtotale. Fermeture sans drainage.

La pièce est examinée pendant l'opération, pour s'assurer que la section a porté au-dessous de la lésion. On constate que le néoplasme occupe le fond de la cavité utérine, il est de la grosseur d'une noix, bien limité ; il semble cependant avoir envahi en profondeur une partie du muscle utérin.

Pièce typique conservée au laboratoire.

Suites opératoires : normales, malade sort le 20 mars 1919.

Revue en 1928 : bien portante.

Obs. 15. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.*

Mme C..., 44 ans, entre à l'hôpital Broca le 13 janvier 1919.

Opération le 15 janvier 1919. prof. J.-L. Faure.

Hystérectomie totale pour néo du corps utérin.

Suites opératoires normales, la malade sort le 9 février 1919.

Obs. 16. — *Carcinome du corps utérin. Hystérectomie totale. Métastase vaginale. Radiumthérapie. Amélioration, puis récidive.*

Mme Vve R... entre à l'hôpital Broca le 2 décembre 1919 pour métrorragies et pertes blanches.

Examen : l'utérus est légèrement augmenté de volume, mobile, non douloureux à la palpation.

Curettage explorateur.

Examen histologique des débris, n° 69, carcinome du corps.

Opération le 20 décembre 1919. Dr Douay ; hystérectomie abdominale totale. Péritonisation complète, fermeture sans drainage

Pièce opératoire : tumeur néoplasique du fond de la cavité utérine, grosseur d'un marron.

Suites opératoires : normales, sortie le 21e jour.

Le 23 avril 1920, la malade revient consulter, depuis un mois elle a des pertes de sang ainsi que des besoins fréquents d'uriner. On trouve dans la paroi vaginale, à distance de la cicatrice deux masses de la grosseur d'une noix, indurées, recouvertes de petits bourgeons friables, ulcérés.

L'examen histologique n° 179 : cancer type carcinome, application de radium de 10 m. c. d. en 48 heures.

6 mai 1920 : plus de pertes, amélioration nette, on sent encore une des masses, mais elle est considérablement diminuée, l'autre a disparu.

27 juin : état général bon, pertes roussâtres, persistantes, d'odeur fétide. Les deux greffes vaginales sont plus volumineuses, saignent au moindre contact. L'amélioration ne semble pas persister.

Deuxième application de 26m. c. d.

2 juillet : 3e application 18 m. c. d.

1er septembre : greffes vaginales très développées, pleine récidive. Etat général encore bon.

Obs. 17. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Opérée en 1928 de néo du sein.*

Mme F..., 56 ans, pertes rouges depuis une année.

Opération : 6 juin 1919. Prof. J.-L. Faure. Hystérectomie totale difficile, utérus fixé, adhérent presque complètement immobile.

Pièce : tumeur néoplasique remplissant complètement la cavité, grosse comme le poing.

Examen histologique : positif.

Mars 1928 : néo du sein droit opéré par M. Michon.

Obs. 18. — *Cancer du corps. Hystérectomie vaginale. Mort le 4e jour.*

Mme T..., 74 ans, pertes depuis 2 ans.

Opération le 12 juin 1919, prof. J.-L. Faure. Hystérectomie vaginale simple. Durée 25 minutes.

Pièce : La coque utérine paraît saine, la masse néoplasique comble toute la cavité utérine. Fibrome dégénéré.

Examen histologique : adénome malin du corps.

Suites : mauvaises ; mort le 4e jour.

Obs. 19. — *Carcinome pédiculé. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1920.*

Mme M..., 60 ans, ménopause à 48 ans, pertes depuis une année.

Opération le 24 novembre 1919, prof. J.-L. Faure ; gros utérus fibromateux, kyste de l'ovaire droit avec trompe très distendue.

Hystérectomie totale assez facile, satisfaisante.

Pièce : épithélioma pédiculé remplissant toute la cavité ; inséré sur le fond de l'utérus.

Examen histologique : Carcinome. Avril 1928, excellente santé.

Obs. 20. — *Cancer du corps, Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire Pas de récidive depuis 1920.*

Mme Ch..., 65 ans, pertes blanches.

Opération : 24 avril 1920, prof. J.-L. Faure ; hystérectomie vaginale ; procédé ordinaire.

Pièce : néo du corps.

Examen histologique, n° 181 : carcinome.

Avril 1928 : Mme Ch... nous écrit : « je suis très bien depuis mon opération ; tous les malaises que j'éprouve sont dus à l'artério-sclérose ».

Obs. 21. — *Cancer du corps utérin. Hystérectomie subtotale. Récidive sur le moignon cervical 2 ans après. Radiumthérapie sans résultat. Nouvelle intervention. Mort.*

Mme R..., 64 ans, 3 enfants, 1 fausse couche, entre à l'hôpital Broca le 19 décembre 1919 pour métrorragies et pertes fétides. Elle a quelques douleurs dans le bas-ventre.

Examen : L'utérus est augmenté de volume, le col est régulier. Les culs-de-sac sont souples. On pense à un néo du corps et on fait une biopsie endo-utérine.

Examen histologique : N° 75 : Adéno-carcinome.

Opération le 8 janvier 1920, Dr Haller : hystérectomie abdominale subtotale ; la section du col a porté très bas, il reste très peu de col en-dessous ; la tranche saigne beaucoup, l'hémostase en est difficile.

Pièce opératoire : Utérus bourré de petits noyaux fibromateux de la grosseur d'une cerise, d'une noix. Néoplasme de la cavité utérine situé dans la corne utérine gauche.

Suites : La malade sort le 3 février 1920.

Le 21 avril 1921 : la malade est réopérée pour légère éventration, elle est bien portante, pas de récidive localement.

Le 12 décembre 1922 : Elle revient consulter pour des pertes de sang, hémorragies légères, peu abondantes, mais continuelles, quelques pertes rosées.

A l'examen : le col est mobile, étalé, il est légèrement ouvert ; on ne constate pas de végétation sortant par l'orifice utérin. L'hystéromètre pénètre à 5 ou 6 centimètres et ramène du sang. On passe assez facilement une curette qui ramène quelques débris.

Examen histologique : Néo-cylindrique du corps.

Le 13 décembre 1922 : Application de radium dans la cavité cervicale : 25 m. c. d. en trois jours.

Février 1923 : malade est bien, elle n'a pas de pertes.

1er mars 1923 : Reprise d'activité du néoplasme. Depuis 8 jours la malade a des pertes de sang. Examinée par M. J. L. Faure, il conseille l'opération par la voie abdominale.

Opération le 12 mars 1923, Dr Douay : laparotomie médiane sous-ombilicale, adhérences à l'S iliaque à la partie gauche du moignon cervical ; l'intestin libéré n'est pas envahi par le néo. Le moignon est très gros, et l'on voit des masses blanches, néoplasiques sous le péritoine.

En saisissant le col, des masses néoplasiques sortent par le milieu du moignon, cautérisation au thermo.

Ablation assez facile de la totalité du moignon avec le paramètre jusqu'aux uretères que l'on voit, mais qui ne sont pas disséqués complètement.

Surjet vésico-vaginal, recto-vaginal, fermeture du ligament large. Drain et mèche vaginaux, cloisonnement au-dessous avec l'S iliaque. Fermeture en trois plans.

Suites : mauvaises, température, mort le 5e jour.

Obs. 22. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1920.*

Madame R..., 60 ans.

Diagnostic : fibrome dégénéré et annexite.

Opération le 8 juin 1920, Pr J. L. Faure, hystérectomie totale.

Suites : bonnes, sortie le 11 juillet.

Pièce opératoire : utérus augmenté de volume, fibromateux. Cancer de la cavité.

Examen histologique : n° 238, épithélioma du corps infecté.

23 mars 1928 : Mad. R..., nous écrit « Malgré mes 68 ans, je me livre à toutes mes occupations comme je le faisais autrefois ».

Obs. 23. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1920.*

Mme Ch..., 55 ans, ménopause à 48 ans, métrorragies.

Opération le 8 mars 1920, Pr J. L. Faure ; hystérectomie totale, bonne hémostase, suture de la tranche antérieure et postérieure du vagin ; péritonisation complète.

Pièce : masse néoplasique remplissant le fond de l'utérus siégeant loin du col.

Examen histologique : cancer cylindrique.

Avril 1928 : Bien portante en 1928.

Obs. 24. — *Cancer du corps. Curettage positif. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1920.*

Mme D'H..., 45 ans. Hémorragies, curettage, examen histologique, cancer cylindrique.

Opération le 28 juin 1920, Pr J. L. Faure ; Hystérectomie totale, bonne hémostase, péritonisation complète, fermeture sans drainage.

Pièce : utérus gros, épais, la muqueuse paraît saine, sauf peut-être dans la corne.

Avril 1928 : bien portante.

Obs. 25. — *Epithélioma cylindrique. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Récidive en 1925.*

Mme N..., 50 ans, diagnostic : néo du corps.

Opération le 23 décembre 1920 ; hystérectomie totale simple, dure 30 minutes.

Pièce : néo avancé de la cavité utérine.

Examen histologique : n° 395, Champy : épithélioma cylindrique.

1925 : Mort, récidive probable.

Obs. 26. — *Fibrome et cancer du corps. Hystérectomie subtotale. Guérison opératoire.*

Mme G..., 48 ans, vient consulter le 9 juillet 1921 à l'hôpital Broca pour des métrorragies.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, fibromateux, légèrement douloureux à la palpation bimanuelle.

Opération le 12 juillet 1921, Prof. J. L. Faure : hystérectomie subtotale pour fibrome.

Pièce opératoire : en plus du fibrome, on trouve dans la cavité utérine une petite masse bourgeonnante suspecte.

Examen histologique : n° 563 : carcinome ayant envahi le fibrome.

Suites opératoires : favorables.

La malade sort le 31 juillet 1921, 19 jours après l'opération.

Obs. 27. — *Cancer du corps. Hystérectomie subtotale totalisée. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1921.*

Mme C..., 53 ans, pas d'enfants, ménopause à 51 ans.

La malade entre à l'hôpital le 5 janvier 1921, depuis 15 jours seulement elle a quelques pertes de sang, métrorragies peu importantes ; de plus elle accuse des douleurs du côté droit du bas-ventre, depuis quelques mois.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, fibromateux, le col est normal, légèrement entr'ouvert. Dans le cul-de-sac droit on provoque à la palpation une légère douleur, ce cul-de-sac est légèrement empâté.

L'état général est bon : urée 0,17, ni sucre ni albumine dans les urines.

Diagnostic : On pense à un utérus fibromateux et peut-être dégénérescence de la muqueuse.

Opération le 11 janvier 1921, Prof. J. L. Faure : laparotomie médiane sous-ombilicale, appendicectomie ; gros utérus avec annexite bilatérale ancienne.

Hystérectomie subtotale de droite à gauche par le procédé de Kelly. Evidement conoïde du moignon cervical, péritonisation complète, fermeture sans drainage.

Pièce opératoire : A l'ouverture de l'utérus on constate que la cavité utérine est occupée par un cancer descendant jusqu'à un centimètre au-dessus du plan de section.

Examen histologique : 1° Cancer du corps, n° 404, carcinome.

2° De l'évidement. Rien.

Suites opératoires : favorables, la malade peut sortir le 15 février 1921.

27 janvier 1926 : revue en excellente santé, tendance très marquée à l'obésité.

Mars 1927 : bien portante, pas de récidive locale.

Janvier 1928 : bien portante.

Obs. 28. — *Fibrome et cancer du corps. Hystérectomie subtotale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1921.*

Mme O..., 59 ans, vient consulter à l'hôpital Broca le 7 janvier 1921 pour des métrorragies, souvent abondantes.

Examen : l'utérus est très augmenté de volume, remontant à quelques travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il est irrégulier et de consistance fibromateuse, le col est fermé, reporté vers le côté gauche du vagin. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse importante, dure, qui ressemble à un fibrome de la partie postérieure de l'isthme.

Opération le 15 janvier 1921, Prof. J. L. Faure ; hystérectomie subtotale pour fibrome, fermeture sans drainage.

Pièce opératoire : en plus du fibrome volumineux, on trouve un cancer du corps de l'utérus, occupant une partie de la cavité utérine.

Suites opératoires : bonnes, la malade sort le 8 février 1921.

23 mars 1928 : Mme O... nous écrit qu'elle est très bien portante.

Obs. 29. — *Cancer du corps. Hystérectomie subtotale. Guérison opératoire.*

Mme Vve M..., 61 ans, vient consulter à l'hôpital Broca le 21 janvier 1921 pour métrorragies.

Examen : col fermé, corps augmenté de volume, cul-de-sac, souple à gauche, empâté à droite.

Curettage exploratateur (rachianesthésie) le 31 janvier 1921 ; dilatation aux bougies de Hégard, nombreux débris probablement néoplasiques.

Examen histologique : N° 416 : Champy, épithélioma cylindrique du corps.

Opération le 19 février 1921, Prof. J. L. Faure, hystérectomie subtotale ; les annexes droites sont adhérentes au rectum et à la paroi pelvienne. Kyste séro-hématique de l'ovaire droit.

Le col induré est évidé largement ; cautérisation au thermo, péritonisation complète, fermeture sans drainage.

Suites opératoires : bonnes, la malade sort le 12 mars 1921.

Novembre 1922 : est très bien portante, pas de récidive.

Obs. 30. — *Fibrome et cancer du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.*

Mme C..., 50 ans, entre le 27 décembre 1920 à l'hôpital Broca. Elle vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner et quelques pertes rouges.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, régulier, de consistance fibromateuse, remontant en hauteur à l'ombilic. Le col est caché sous la symphyse pubienne, repoussé en avant et à gauche par une masse importante occupant tout le cul-de-sac postérieur et descendant dans le vagin.

L'état général n'est pas très bon ; urée sanguine : 0,45, albumine dans les urines.

Opération le 8 janvier 1921, Prof. J. L. Faure : On commence par enlever par morcellement la masse cervicale, puis comme on s'aperçoit qu'il sort de la cavité utérine des masses néoplasiques, on pratique une hystérectomie vaginale. Opération laborieuse à cause du volume de l'utérus fibromateux qui s'abaisse mal. On est obligé de procéder par morcellement. Pinces à demeure, mèche vaginale.

Examen histologique : N° 401 : épithélioma cylindrique.

Suites opératoires : favorables, la malade peut sortir le 31 janvier, 22 jours après l'opération.

Obs. 31. — *Néo du corps utérin. Hystérectomie subtotale basse. Guérison.*

Mme N..., 60 ans, pertes depuis une année.

Opération le 6 janvier 1921, Prof. J. L. Faure, subtotale, très basse.

Pièce : corps fibromateux, néo du corps utérin, section passe à un centimètre 1/2 au-dessous.

Examen histologique positif.

Obs. 32. — *Cancer du corps avec envahissement de la trompe gauche, hystérectomie subtotale avec évidement du col. Guérison opératoire. Récidive rapide.*

Mme P..., 53 ans, vient consulter à l'hôpital Broca le 8 février 1922 ; elle se plaint de douleurs siégeant dans la partie gauche du bas-ventre avec irradiations en arrière, vers la colonne vertébrale et dans la cuisse gauche. En plus elle a des métrorragies depuis quelques mois et des pertes purulentes.

Examen : le col est entièrement reporté vers la droite ; le cul-de-sac gauche est occupé par une masse assez volumineuse, adhérente, l'utérus reporté vers la droite est légèrement augmenté de volume, complètement immobilisé.

Opération le 14 février 1922 ; Prof. J. L. Faure, à l'ouverture du ventre, on constate que le corps utérin, augmenté de volume, est flanqué d'une grosse masse salpingienne gauche. L'intestin grêle adhère en plusieurs endroits à la trompe d'une part, à la région isthmique de l'utérus d'autre part. Ces adhérences sont constituées par un tissu d'aspect néoplasique ; la pointe de l'appendice est également adhérente au flanc droit du corps utérin.

On commence par libérer toutes ces adhérences et l'on fait une hystérectomie subtotale ; on complète l'opération par un évidement large du col. On enlève ensuite tout le tissu adhérent de mauvais aloi ; on enlève l'appendice dont

la pointe est envahie par le néoplasme, de même un fragment du rectum suspect.

On fait un surjet sur l'intestin grêle dépéritonisé ; bonne péritonisation ; fermeture sans drainage.

Suites opératoires : bonnes ; la malade peut sortir le 9 mars 1922, soit 23 jours après l'opération.

Pièce opératoire : Il s'agit d'un néoplasme du corps utérin ayant envahi la trompe gauche.

Examen histologique (Champy) n° 707 : cancer du corps utérin, envahissement de la trompe.

Pendant quelques mois, la malade est bien portante ; elle revient en octobre 1922 ; on fait une laparotomie exploratrice, on constate qu'il y a une récidive péritonéale déjà avancée.

Obs. 33. — *Cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Guérison. Pas de récidive depuis 1922.*

Mme H..., 53 ans, a eu 3 enfants et une fausse couche ; cette fausse-couche a nécessité par suite de rétention placentaire un curettage. Depuis le curettage, la malade a toujours souffert du bas-ventre ; les règles sont douloureuses et irrégulières, pas encore de ménopause.

Depuis juin 1921, c'est-à-dire une année environ, elle a des pertes, d'abord perte de sang rouge, intermittentes, puis plus fréquentes, jamais très abondantes, depuis quelques mois des pertes rosées et purulentes, sans odeur.

Examen : Montre peu de chose, le col est normal, lisse, régulier, le corps utérin est légèrement augmenté de volume, mobile, bridé latéralement, on ne sent pas de masses salpingiennes dans les culs-de-sac.

L'état général est bon, la tension artérielle est un peu forte 18 1/2-11 au Pachon ; le cœur est normal, ni sucre ni albumine dans les urines.

Diagnostic : On pense, soit à une métrite sénile, soit à un néo du corps utérin.

Opération le 13 juin 1922, prof. J. L. Faure : à l'ouverture de l'abdomen, l'utérus est gros, les annexes sont adhérentes, mais non augmentées de volume : on pratique une hystérectomie subtotale par le procédé de Kelly.

L'utérus est ouvert immédiatement, on trouve un néoplasme du corps qui descend à 2 centimètres au-dessus de la section du col.

Thermocautérisation du col et fermeture sans drainage.

Examen de la pièce : L'utérus présente un néoplasme du corps, bourgeonnant, sanieux, occupant toute la cavité utérine et ayant déjà envahi et infiltré la paroi utérine, cette infiltration atteint presque la séreuse péritonéale.

Suites opératoires : normales, malade sort le 19e jour.

Revue le 12 juillet 1922 : état local parfait.

Revue le 10 janvier 1923 : elle perd un peu de pus, à l'examen on constate qu'il n'y a pas de récidive, mais simplement une vaginite.

Revue le 15 novembre 1927 : très bien portante, pas de récidive locale.

Obs. 34. — *Cancer du corps utérin, hystérectomie subtotale, guérison, pas de récidive depuis 1922.*

Mme B. .,. 59 ans, ménopause vers 56 ans, deux enfants.

Le 7 juillet 1922 la malade vient consulter à Broca pour des métrorragies, pertes rouges, irrégulières, souvent abondantes avec caillots, en plus des pertes purulentes fétides. Depuis 15 jours seulement elle accuse des douleurs bilatérales dans le bas-ventre.

Examen : Au toucher vaginal le col est entr'ouvert, l'utérus est nettement augmenté de volume, douloureux à la mobilisation.

Dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse du volume d'une orange, dans le cul-de-sac droit, une masse plus petite.

Opération : le 27 juillet 1922, Dr Mossé, chef de clinique.

Hystérectomie subtotale de gauche à droite par le procédé de Kelly.

Péritonisation complète, fermeture sans drainage.

Examen de la pièce : l'utérus est gros, ramolli, avec de petits noyaux fibreux. A la coupe, on trouve dans la cavité utérine une grosse masse tomenteuse fétide, infiltrant les parois : c'est manifestement un néo du corps.

Suites opératoires : bonnes, légère périphlébite sans gravité, la malade sort le 27 août 1922, un mois après son intervention.

Mars 1928 : très bien portante depuis son opération.

Obs. 35. — *Cancer du corps utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison. Mort en 1926 de cause inconnue.*

Mme R..., 56 ans ; ménopause vers 52 ans, 2 enfants vivants, une fausse-couche. La malade vient consulter à l'hôpital Broca le 1er septembre 1922 pour des pertes purulentes. Ces pertes, fétides, tachent le linge, sont apparues en janvier 1922 pour la première fois ; en outre, à plusieurs reprises, elle a eu des hémorragies importantes avec caillots. Depuis juillet seulement, les pertes sont comparables à de l'eau, elle n'a pas de douleur abdominale.

Examen : l'utérus paraît augmenté de volume, est dévié vers la droite, le corps est difficile à délimiter. Au spéculum, le col est légèrement entr'ouvert, un petit nodule siège sur la lèvre postérieure.

Curettage explorateur 10 octobre 1922.

Examen histologique : épithélioma du corps utérin.

Opération : le 18 octobre 1922, Dr Mossé, hystérectomie vaginale, procédé de Doyen ; hémisection antérieure et bascule du fond.

Pinces à demeure, 2 mèches vaginales, sonde vésicale à demeure.

Suites opératoires : normales, sans incident, la malade sort de l'hôpital le 17 novembre 1922.

Décédée en 1926, cause inconnue.

Obs. 36. — *Cancer du corps utérin. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison depuis 1922.*

Mme B..., 54 ans, vient consulter le 20 novembre 1922 pour des pertes purulentes et des métrorragies ; ces troubles sont survenus quelques années après la ménopause.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, mobile, le col est fermé. L'état général est bon ; urée sanguine 0,43. Il n'y a pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

On fait le diagnostic de néo du corps utérin.

Opération : le 22 novembre 1922, Prof. J. L. Faure : hystérectomie subtotale, totalisée secondairement ; l'hémostase est assez difficile, la péritonisation est incomplète, on place un Mikulicz. Mèche également dans le vagin.

Examen de la pièce : l'utérus est nettement augmenté de volume, à l'ouverture on trouve dans la cavité un cancer du corps.

Examen histologique, n° 920, 18 décembre 1922, cancer cylindrique.

Suites opératoires : sont très bonnes, le Mikulicz est enlevé le 8e jour et la malade peut sortir de l'hôpital le 4 janvier 1923 soit 35 jours après l'intervention.

Le 1er mars 1928 Mme B... nous écrit : « la santé est bonne, je serais ingrate de me plaindre, jusqu'à présent je ne ressens rien d'anormal depuis mon opération.

Obs. 37. — *Néo du corps utérin Hystérectomie totale. Guérison. Pas de récidive depuis 1922.*

Mme P..., 39 ans, entre le 19 décembre 1922 à l'hôpital Broca, elle a des métrorragies depuis plusieurs mois et elle

a déjà subi deux curettages, le 2e en septembre à Nancy ; l'examen histologique ayant donné, épithélioma cylindrique du corps.

Opération : le 23 décembre 1922, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie totale au ras du vagin, péritonisation complète, fermeture sans drainage.

Suites opératoires : température pendant 10 jours à 38 39°, puis chute en lysis, la malade sort le 27e jour.

Le 15 février 1923 : état général très bon.

Le 16 mars 1927 : très bien portante.

Obs. 38. — *Cancer du corps. Hystérectomie subtotale. Guérison opératoire. Bien portante en 1928.*

Mme de L..., 48 ans, ménopause à 45 ans, pertes blanches et hémorragies.

Opération : le 6 février 1922, Prof. J. L. Faure ; hystérectomie subtotale, procédé de Kelly.

Pièce : noyaux fibromateux, néo végétant, siégeant dans le fond de l'utérus, bien au-dessus du plan de section.

Bien portante en 1928 : la malade nous écrit « j'ai une existence pleine d'activité et jusqu'à présent rien n'est encore venu troubler ma quiétude ».

Obs. 39. — *Cancer du corps. Hystérectomie vaginale simple. Guérison opératoire.*

Mme B..., 65 ans, hémorragies.

Opération : le 19 juin 1922, Prof. J. L. Faure ; hystérectomie vaginale.

Pièce : néo siégeant dans la corne utérine gauche et polype néoplasique descendant jusque dans le col. Opération très satisfaisante ; col non envahi.

Examen histologique : cancer cylindrique.

26 octobre 1923 : revue en excellente santé.

1927 : récidive ; mort.

Obs. 40. — *Néoplasme du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1922.*

Mme De la N..., 63 ans, ménopause à 50 ans.

Opération : le 2 novembre 1922, Prof. J. L. Faure ; hystérectomie totale assez difficile.

Examen histologique : n° 395 (Champy) cancer cylindrique.

Avril 1928 : Mme de la N... nous écrit « je me porte si bien que je ne me souviens plus d'avoir subi une opération, jamais le moindre malaise ».

Obs. 41. — *Néoplasme du corps. Hytérectomie totale. Mort le 4e jour.*

Mme L..., 60 ans.

Opération : le 18 décembre 1922, Prof. J. L. Faure : hystérectomie totale simple, courte, 25 minutes.

Pièce : masse néoplasique remplissant tout le fond de l'utérus. Parotidite le 4e jour ; mort.

Examen histologique : N° 945 (Champy) cancer cylindrique du corps.

Obs. 42. — *Cancer total de la muqueuse utérine avec pyométrie. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Métastases vaginales. Radiumthérapie. Guérison. Récidive.*

Mme C..., 57 ans, ménopause à 50 ans, pas de passé génital, un enfant. Entre au n° 62 de la salle Huguier, le 2 mars 1923.

Depuis 2 ans elle a des métrorragies abondantes, depuis 3 mois, des douleurs vives dans le bas-ventre.

Examen : le col est arrondi, volumineux, irrégulier. Cette augmentation de volume porte surtout sur la lèvre antérieure qui semble distendue par un noyau arrondi de consistance ferme, donnant l'impression d'un fibrome. Le corps est lui-même augmenté de volume. Au spéculum, l'orifice

utérin apparaît punctiforme, difficile à cathétériser. L'orifice dilaté, il en sort du sang et du pus en abondance. Il semble que l'on se trouve en présence d'un utérus fibromateux, dont le col est distendu par un noyau fibromateux qui rend difficile l'écoulement des sécrétions utérines d'où hématométrie et pyométrie.

L'état général n'est pas très bon, la malade est fatiguée et anémiée.

Opération : le 6 mars 1923, Prof. J. L. Faure.

On trouve un utérus volumineux, de consistance néoplasique avec des taches cancéreuses sur le cul-de-sac vésico-utérin, fibrome pédiculé inséré sur le fond utérin, deux gros hydrosalpinx non adhérents.

Ablation des annexes, hystérectomie totale, péritonisation complète vésico-sigmoïdienne, drainage vaginal ; fermeture de la paroi abdominale en 3 plans.

Pièce opératoire : outre les deux hydrosalpinx et le fibrome, on trouve un cancer du corps ayant envahi le col. Planche n° 7.

Examen histologique : n° 1030 (Champy), cancer tubulé du corps.

Suites opératoires : très bonnes ; hématome de la paroi ; la malade peut sortir le 14 avril 1923.

Le 19 mars 1924 : à l'examen, la cicatrice, le fond du vagin sont souples, normaux, mais on sent à l'entrée du vagin des masses dures, métastases vulvo-vaginales. Elles sont au nombre de 3, l'une siège à la partie inférieure de l'urètre, l'autre sur la partie gauche du vagin, le 3e à la partie inférieure de la vulve. Wassermann est négatif.

Le 28 mars 1924, première application de radium, 30 m. c. d. en 4 jours.

5 juin, amélioration très nette, les noyaux métastasiques sont encore perceptibles, le noyau gauche a disparu, l'antérieur a considérablement diminué, le postérieur est stationnaire.

21 juin : 2e application de radium, 22 m. c. d.

26 février 1925 : l'état de la malade est resté très bon pendant 8 mois, la métastase postérieure a disparu incomplètement ;

26 avril 1925 : toute induration vaginale a disparu, la muqueuse est blanchâtre, les culs-de-sac vaginaux sont souples, l'état général est excellent.

Avril 1926 : Récidive très avancée, la malade meurt quelques mois après.

Obs. 43. — *Carcinome du corps, pris pour un cancer endocervical. Wertheim avec Mikulicz. Guérison opératoire. Pas de récidive en mars 1928.*

Mme St-A..., 55 ans, ménopause à 53 ans, deux enfants vivants. Elle entre le 21 mars 1923, salle Huguier. Toujours bien portante la malade a depuis 4 mois des métrorragies fréquentes, peu abondantes et quelques pertes blanches.

Examen : utérus légèrement augmenté de volume, l'augmentation semble porter surtout sur l'isthme qui semble élargi ; il est mobile, non douloureux, le col est régulier.

L'état général est bon, ni albumine, ni sucre dans les urines, 0,35 d'urée sanguine.

Pensant à un néoplasme, on décide de faire un curettage explorateur le 27 mars 1923.

Examen histologique n° 1050 : adénome malin du corps.

Opération : le 10 avril 1923, Prof. J. L. Faure. Pensant que la néoplasie siège dans la cavité cervicale on décide de faire un Wertheim.

Ablation des annexes, ligature des deux hypogastriques ; ablation de deux ganglions, droit et gauche de la chaîne hypogastrique, Mikulicz avec une mèche et 3 compresses.

Pièce opératoire : néo du corps très localisé dans le fond de la cavité utérine, pas d'envahissement du col, les ganglions enlevés paraissent sains. Planche n° 1.

Suites opératoires : ablation du Mikulicz le 8e jour, mais vers le 15e jour l'urine sort par la plaie abdominale, on place une sonde à demeure, rapidement cette fistule vésico-cutanée disparaît et la plaie se cicatrise complètement.

La malade sort guérie le 19 mai 1923.

Le 5 juin 1923, elle revient, un peu d'urine passe par le vagin. Il existe une petite fistule urétéro-vaginale qui se ferme seule.

Le 10 avril 1925, la malade se plaint de légères douleurs abdominales, à l'examen local, on ne trouve rien, le fond du vagin est très souple.

Février 1928 : bien portante, pas de récidive locale, état général très bon.

Obs. 44. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.*

Madame M..., 51 ans, vient consulter le 30 avril 1923 pour métrorragies. Diagnostic : cancer du corps.

Opération : Dr De Beaufond, hystérectomie totale, péritonisation complète, fermeture sans drainage.

Suites opératoires : très bonnes, la malade sort le 26 mars 1923, 17 jours après l'opération.

Obs. 45. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Récidive en 1924.*

Madame R...

Opération : le 4 janvier 1923, Pr J.-L. Faure ; hystérectomie totale pour néo du corps, péritonisation ; fermeture sans drainage.

Pièce : cancer très étendu allant jusqu'au voisinage de l'orifice externe du col utérin.

16 novembre 1923 : bien portante.

Décembre 1924 : récidive et mort.

Obs. 46. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Récidive deux ans après.*

Madame M..., 62 ans. Diagnostic : néo du corps, biopsie endo-utérine positive.

Opération : le 8 janvier 1923, Pr J.-L. Faure ; hystérectomie totale, hémostase très difficile, mais opération satisfaisante, péritonisation complète, durée 35 minutes.

Pièce : épithélioma du fond utérin avec infiltration assez profonde du muscle.

Mars 1925 : Grosse masse, mobile prérectale, récidive probable.

Obs. 47. — *Néo du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire. Bien portante 1928.*

Madame B..., 50 ans, suintement sanguin depuis plusieurs mois.

Opération : le 7 juin 1923, Prof. J.-L. Faure, hystérectomie vaginale simple et satisfaisante, après curettage ramenant des débris d'aspect néoplasique.

Pièce : cancer limité au fond de la cavité utérine.

Avril 1928 : bien portante.

Obs. 48. — *Epithélioma du corps. Hystérectomie totale. Mikulicz guérison opératoire. Récidive 2 ans après.*

Madame de la T... Diagnostic : néo du corps utérin.

Opération : le 18 octobre 1923, Prof. J.-L. Faure, hystérectomie totale difficile, bassin très profond, Mikulicz, opération satisfaisante.

Pièce : gros utérus fibromateux, le cancer a envahi toute la muqueuse jusqu'à l'orifice externe, cancer total.

Examen histologique : positif.

17 octobre 1924 : la malade accuse des douleurs dans la

jambe droite, à l'examen local, on ne trouve rien, les parois vaginales sont souples.

1925 : récidive.

Obs. 49. — *Carcinome du corps. Hystérectomie subtotale basse. Mikulicz. Guérison opératoire. Pas de récidive en 1928.*

Madame D... 60 ans. Diagnostic, néo du corps ou fibrome dégénéré.

Le 22 octobre 1923, hystérectomie subtotale basse, Mikulicz.

Pièce : Enorme masse intra-utérine avec liquide séro-sanguin. Aspect néoplasique en deux points de la paroi utérine.

Examen histologique n° 1215 (Champy) : Carcinome.

Avril 1928 : bien portante.

Obs 50. — *Néo du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire. Pas de récidive en 1928.*

Madame D..., 70 ans.

Opération : le 26 octobre 1923, Prof. J.-L. Faure ; hystérectomie vaginale très difficile.

Pièce : Néoplasme avancé ayant envahi en totalité l'utérus.

25 janvier 1924 : Bien portante.

25 avril 1928 : bien portante.

Obs. 51. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Guérison. Morte de grippe en 1926.*

Madame S...,

Opération : le 22 novembre 1923, Prof. J.-L. Faure ; hystérectomie totale facile. Mikulicz.

Pièce : Grosse masse néoplasique siégeant dans la corne gauche.

26 janvier 1926 : Morte de grippe.

Obs. 52. — *Carcinome du corps. Wertheim. Guérison opératoire. Bien portante en 1928.*

Madame C..., diagnostic : néo du corps.

Opération : le 26 novembre 1923, Prof. J.-L. Faure. Hystérectomie élargie assez difficile, femme grasse, pas de ligature des hypogastriques, pas de recherche des ganglions, Mikulicz.

Pièce : Epithélioma étendu à toute la cavité utérine, cancer total de la muqueuse.

Examen histologique : n° 1215 (Champy) carcinome du corps.

Guérison locale, métastase vaginale sous urétrale, extirpation, guérison, adénite inguinale en 1927, extirpation, guérison. Bien portante en 1928.

Obs. 53. — *Cancer du corps. Hystérectomie sub-totale. Guérison opératoire. Récidive dans le col. Réopérée. Mort d'embolie.*

Madame P... Petites hémorragies depuis 2 mois.

Opération le 17 décembre 1923, Prof. J.-L. Faure ; hystérectomie sub-totale.

Pièce : Néo de la paroi antérieure, gros comme un haricot.

Examen histologique : n° 1254 (Champy) : cancer du corps.

Récidive dans le col, réopérée le 5 novembre 1924.

Mort par embolie.

Obs. 54. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison opératoire. Bien portante en 1928.*

Madame Del..., 64 ans.

Opération : le 28 décembre 1923, Prof. J.-L. Faure, hystérectomie totale simple, utérus en rétroversion, Mikulicz.

Pièce : néoplasme infiltrant, implanté sur le fond utérin.

Examen histologique n° 1263 (Champy) : Cancer cylindrique du corps.

Avril 1928 : Mme Del... nous écrit « depuis mon opération je suis bien, depuis 18 mois, j'ai une petite hernie à l'extrémité inférieure de la cicatrice ».

Obs. 55. — *Cancer du corps utérin. Hystérectomie totale. Guérison depuis mars 1924.*

Madame D..., 50 ans, ménopause à 46 ans, un enfant, entre à la Salle Huguier le 14 mars 1924.

Bien portante jusqu'en mars 1923. Madame D... a vu apparaître des pertes de sang ; ces hémorragies, peu fréquentes au début, sont devenues presque quotidiennes. En dehors de ce symptôme, la malade n'a pas de pertes fétides, pas de douleur.

Examen : l'utérus est de volume normal, mobile, non douloureux à la palpation, les culs-de-sac sont souples, le col est mou, légèrement entr'ouvert.

En présence de ces signes, on pense à la possibilité d'une métrite polypeuse ou d'un néo du corps et l'on décide de faire un curettage.

Curettage explorateur : le 17 mars 1924, relativement facile, on retire de nombreux débris qui sont envoyés au laboratoire.

Examen n° 1361 : adénome malin du corps avec sarcome.

Intervention : le 24 mars 1924, Dr Douay ; laparotomie médiane. Hystérectomie totale par le procédé ordinaire, drain vaginal. Péritonisation complète, fermeture de la paroi en 3 plans.

Pièce : L'utérus est légèrement augmenté de volume. A l'ouverture on trouve occupant toute la cavité utérine, une tumeur bourgeonnante ; elle s'arrête en bas juste au niveau de l'isthme, planche n° 2.

Suites opératoires : très bonnes, presque apyrétiques, la

malade sort de l'hôpital le 12 avril 1924 exactement 19 jours après l'intervention.

Janvier 1928. Mme D... nous écrit « Je suis heureuse de vous informer que je me porte à merveille depuis mon opération, je fais mon ménage comme autrefois, je ne ressens aucun malaise ».

Obs. 56. — *Cancer du corps utérin. Femme de 72 ans. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire. Récidive en 1926.*

Madame V..., 72 ans, entre le 11 juin 1924 au 63 de la Salle Huguier Mariée; 8 enfants, pas de fausse couche, ménopause, la malade est restée sans aucune perte pendant 20 ans. Au mois de mars dernier, elle a eu une première hémorragie, depuis un mois, elle a eu des métrorragies presque chaque jour, hémorragies peu importantes, mais constantes, pas de pertes fétides, pas de douleur.

L'état général est bon malgré l'âge avancé, la tension au Pachon est de 21/9, pas d'albumine, pas de sucre dans les urines. Rien au cœur ni aux poumons.

Examen : Au toucher vaginal, on sent un col fermé, un peu gros pour une personne de 72 ans, l'utérus est mobile, non douloureux à la mobilisation et à la palpation bimanuelle ; on ne sent rien dans les culs-de-sac vaginaux.

Au spéculum le col n'est pas malade, il n'y a pas d'ulcération.

A la cytoscopie, la vessie est normale.

Diagnostic : On pense à la possibilité d'un néo du corps, émettant l'hypothèse d'un polype intra-utérin.

Opération : le 14 juin 1924, Prof. J.-L. Faure, hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen, section progressive de la paroi antérieure de l'utérus, bascule du fond.

4 pinces à demeure sur les pédicules, 2 mèches vaginales, une sonde vésicale.

Pièce : confirme le diagnostic de néoplasme utérin.

Suites opératoires : troublées par une légère défaillance cardiaque et une congestion pulmonaire, rapidement ces complications disparaissent et la malade peut sortir 21 jours après l'intervention. Revue à différentes reprises, le 6 mai 1925, le 14 septembre 1925 elle est bien portante.

Morte de récidive en octobre 1926.

Obs. 57. — *Cancer et fibrome. Hystérectomie subtotale. Guérison depuis 1924.*

Madame S..., 66 ans, vient consulter pour des métrorragies durant depuis 3 ans environ. Cette malade présente depuis longtemps des signes de fibrome, mais depuis une année surtout, elle ressent des douleurs dans le bas ventre et a des mictions fréquentes. Les pertes de sang sont rares et peu importantes.

Examen : L'utérus est très augmenté de volume, il dépasse de plusieurs travers de doigt la symphyse, sa surface est irrégulière. Il est surtout développé du côté gauche et l'on sent une bosselure du volume du poing. La consistance est celle du fibrome. La palpation réveille de la douleur, surtout au niveau de la corne utérine gauche. La masse fibromateuse est mobile. Les culs-de-sac ne sont pas douloureux au toucher. Le col est très court.

Etat général bon, urée 0,20, pas d'albumine, pas de sucre dans les urines.

Diagnostic : On pense à un fibrome et on fait quelques réserves du fait des pertes et de la douleur, sur la possibilité d'une dégénérescence néoplasique.

Intervention : le 14 juin 1924, Prof. J.-L. Faure, hystérectomie subtotale par le procédé américain ; Kelly type sans difficulté, fermeture sans drainage.

Examen de la pièce : elle est très intéressante.

L'utérus présente plusieurs noyaux fibromateux, l'un dans la corne gauche est complètement nécrosé. A l'in-

térieur de la cavité utérine, on trouve, outre un polype de la corne gauche qui descend dans la cavité, quelques bourgeons suspects qui occupent la cavité utérine. L'examen est fait par M. Champy ; il donne : Cancer du corps utérin développé sur un adénome.

Suites opératoires : très bonnes, la malade sort le 4 juillet 1924.

Revue le 19 mai 1926, elle est en excellente santé.

Novembre 1927 : bien portante.

Janvier 1928 : bien portante.

Obs. 58. — *Carcinome du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison depuis décembre 1924.*

Madame Vve T..., 61 ans, 3 enfants.

La malade vient consulter à l'hôpital Broca pour des métrorragies. Le début de ces pertes remonte à 6 mois environ ; elle a d'abord perdu un liquide rosé, sans odeur, tachant le linge, puis depuis 15 jours, du sang.

Examen : L'utérus est petit, dur, non douloureux, le col est fermé, les culs-de-sac souples. On décide de faire un curettage afin de confirmer le diagnostic de néo du corps. Celui-ci est fait le 10 décembre 1924.

Examen histologique n° 1631 : adéno-carcinome.

Opération 13 décembre 1924, Prof. J.-L. Faure, hystérectomie vaginale, procédé de Doyen, aucun incident opératoire.

Pinces à demeure ; mèche vaginale.

Suites : normales, la malade sort le 10 janvier 1925.

La malade est revue le 9 décembre 1926, elle est très bien portante, les parois vaginales sont souples au toucher vaginal.

Le 29 septembre 1927 elle dit avoir perdu un peu de sang ; mais au toucher vaginal et à l'examen au spéculum on ne constate rien.

Jusqu'en 1928 : bien portante.

Obs. 59. — *Adénome malin du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.*

Madame F..., 60 ans.

Opération : le 18 février 1924, Prof. J.-L. Faure ; hystérectomie totale simple ; Mikulicz.

Pièce : néoplasme du tiers supérieur de la cavité utérine.

Examen histologique n° 1328 (Champy) : Adénome malin du corps.

Obs. 60. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Bien portante en 1928.*

Mme H..., 62 ans. Diagnostic : cancer du corps utérin.

Opération le 20 mars 1924, prof. J.-L. Faure, hystérectomie totale difficile à cause de l'épaisseur de la paroi ; Mikulicz.

Pièce : néo limité au fond de la cavité utérine.

Examen histologique, n° 1367, (Champy) : cancer cylindrique du corps.

1928. Bien portante.

Obs. 61. — *Cancer cylindrique du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1924.*

Mme L..., 58 ans, femme énorme.

Opération : 24 mars 1924, prof. J.-L. Faure, hystérectomie vaginale difficile à cause du volume de l'utérus, opération satisfaisante.

Pièce : néo de la cavité utérine avec infiltration assez profonde des parois.

Examen histologique : n° 1369 (Champy) : Cancer cylindrique du corps.

1928 : Bien portante.

Obs. 62. — *Néo du corps. Hystérectomie vaginale ; guérison opératoire. Morte en 1927 d'une autre intervention.*

Mme G..., Curettage ramenant de nombreux débris néoplasiques.

Opération le 27 mars 1924, prof. J.-L. Faure, hystérectomie vaginale faite immédiatement après le curettage.

Pièce : Cancer de la muqueuse situé dans la partie moyenne du fond, de la grandeur d'une pièce de 2 francs.

Examen histologique : n° 1573 (Champy) : cancer tubulé.

3 décembre 1927 : Opérée par M. Faure pour douleurs dans la fosse iliaque droite; on trouve des adhérences autour du cæcum, libération. Au cours de l'intervention M. Faure a pu se rendre compte de la non récidive du néo utérin enlevé par hystérectomie un an auparavant.

Obs. 63. — *Néo du corps utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire, récidive vaginale, radiumthérapie.*

Mme D..., ménopause il y a 8 ans, pertes.

Opération : le 2 juin 1924, prof. J.-L. Faure, hystérectomie vaginale, opération satisfaisante.

Pièce : Toute la cavité est pleine de bourgeons néoplasiques qui arrivent jusque dans le col.

Examen histologique : Cancer.

Octobre 1924 : Récidive vaginale. Radiumthérapie.

Obs. 64. — *Néo du corps, hystérectomie vaginale, guérison opératoire, pas de récidive depuis 1924.*

Mme M...

Opération : le 23 juillet 1924; prof. J.-L. Faure. Hystérectomie vaginale délicate à cause de la friabilité du corps utérin complètement infiltré, mais opération simple courte : 20 minutes.

Pièce : néoplasme du corps avec infiltration complète de tout l'utérus.

2 avril 1928 : Nous apprenons par le Dr Vaudescal que Mme M. est en excellente santé.

Obs. 65. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Bien portante en 1928.*

Mme G..., Ménopause il y a 5 ans, pertes.

Opération : le 10 novembre 1924 ; prof. J.-L. Faure. hystérectomie totale relativement simple, bonne hémostase.

Pièce : Toute la cavité du corps est envahie; la paroi est infiltrée sur une certaine épaisseur.

Examen histologique : n° 1594 (Champy) ; cancer cylindrique du corps.

Avril 1928 : Bien portante.

Obs. 66. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Guérison depuis 1925.*

Mme Ch...

Opération : le 15 janvier 1925, prof. J.-L. Faure, hystérectomie totale.

Pièce : néo du corps s'arrêtant à l'isthme.

23 mars 1928 : Mme Ch... nous écrit « ma santé est excellente. J'ai quitté Paris pour me retirer à la campagne ».

Obs. 67. — *Cancer du corps utérin. Sarcome de l'ovaire. Hystérectomie totale. Embolie mortelle le 17e jour.*

Mme G..., 56 ans, 7 enfants, ménopause à 54 ans.

Elle vient consulter le 9 mars 1925 à l'hôpital Broca pour des métrorragies. Ces pertes de sang, peu abondantes, intermittentes, ont débuté il y a 6 mois.

Examen : On trouve dans le cul-de-sac latéral droit, une masse dure, indépendante de l'utérus, mobile à la palpation bimanuelle elle semble de la grosseur d'une tête de fœtus à

terme. L'utérus reporté à gauche semble augmenté de volume, le col est fermé.

On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche avec probablement polype du corps de l'utérus.

Opération : le 12 mars 1925 ; Dr Michon, hystérectomie totale, fermeture de la paroi en 3 plans. Drain.

Pièce : A l'ouverture de l'utérus on trouve un néo utérin.

Examen histologique n° 1709 : carcinome.

L'ovaire droit est volumineux, dur, bosselé.

Examen histologique : Sarcome.

Suites : normales, sans température ; mais le 16e jour, au moment où la malade se lève pour la première fois, elle meurt brusquement d'embolie.

Obs. 68. — *Cancer du corps propagé à la trompe gauche. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison. Récidive rapide.*

Mme P..., 58 ans, ménopause à 46 ans, pas d'enfants, est admise à l'hôpital le 30 juin 1920.

Elle a des pertes purulentes, fétides depuis 2 ans environ, des pertes de sang depuis une année, en plus quelques douleurs abdominales surtout dans la partie gauche du bas ventre.

Examen : Au toucher vaginal l'utérus est fixé. Le cul-de-sac gauche est rempli par une masse volumineuse, dure, collée à l'utérus, adhérente à la paroi pelvienne, elle est douloureuse à la pression. Le col est légèrement entr'ouvert, l'orifice est irrégulier.

Diagnostic : On pense soit à une annexite gauche, soit à un fibrome avec polype ou néo de la cavité utérine, on décide de faire un curettage.

Curettage le 2 juillet ; on ramène de nombreux débris mous.

Examen histologique n° 1815 : carcinome du corps.

Opération : le 4 juillet 1925, prof. J.-L. Faure. Hystérec-

tomie totale par le procédé de Kelly de droite à gauche ; bonne hémostase à droite, plus difficile à gauche, on laisse plusieurs agrafes de Michel à demeure. Mikulicz.

Pièce : Le cancer du corps est propagé à la trompe gauche.

Suites favorables, la malade sort le 30e jour.

Revue le 16 octobre 1925 : au toucher vaginal on sent dans le cul-de-sac gauche, une masse dure, de la grosseur d'une mandarine. Récidive très probable.

Obs. 69.— *Cancer du corps. Femme de 74 ans. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison. Pas de récidive depuis 1925.*

Mme L..., 74 ans, entre salle Récamier, le 20 juillet 1925, pour des pertes de sang ; on fait le diagnostic de néo du corps.

Opération : le 28 juillet 1925, Dr Michon : hystérectomie totale ; hémostase difficile de la tranche vaginale, Mikulicz, et une mèche vaginale.

Pièce : On trouve dans la cavité utérine un néoplasme du corps utérin.

Suites : Sortie le 40e jour.

Février 1928 : Mme L... nous écrit « les suites de mon opération ont été bonnes et mon état de santé est actuellement excellent. »

Obs.. 70. — *Adénome malin du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.*

Mme C..., 52 ans, ménopause il y a 7 ans, pas d'enfant.

Elle vient consulter le 15 septembre 1925 à l'hôpital Broca pour des métrorragies. Le début remonte à 6 mois environ ; depuis cette époque elle perd du sang presque continuellement, les hémorragies sont peu abondantes, mais caractéristiques par leur persistance.

Examen : Le col est fermé, l'utérus mobile, non doulou-

reux, globuleux, légèrement augmenté de volume, les culs-de-sac complètement libres et souples.

Diagnostic : On pense à la possibilité d'un néo du corps utérin et l'on place le 4 septembre une laminaire. Le lendemain on fait un curettage ; nombreux débris envoyés au laboratoire.

Examen histologique : n° 1880, adénome malin du corps utérin.

L'état général est bon, ni sucre, ni albumine.

Opération : le 17 septembre 1925, Dr Leroy : hystérectomie totale. Surjet sur la tranche vaginale qui saigne, drain vaginal.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites : Le 3e jour, quelques vomissements qui cessent à la suite d'un lavage d'estomac.

La malade sort le 26e jour, retardée par un hématome de la paroi.

Obs. 71. — *Cancer du corps et fibrome. Hystérectomie subtotale. Guérison. Pas de récidive depuis 1925.*

Mme F..., 46 ans, ménopause à 41 ans ; deux enfants, une fausse-couche. Entre à l'hôpital Broca, le 27 octobre 1925.

Depuis plusieurs mois, la malade a des pertes rouges, quelques jours avant son entrée à Broca, elle a eu une hémorragie abondante qui a nécessité l'emploi de l'ergotine.

En plus elle a des pertes fétides rousses.

Examen : Le col apparaît gros et entr'ouvert, le corps est volumineux, de forme globuleuse, de consistance fibromateuse, régulièrement arrondi ; à la partie antérieure du corps on sent un petit noyau fibromateux.

L'état général est mauvais, la malade est très anémiée ; pas de sucre, pas d'albumine, phénol 50 %.

Diagnostic : On pense à un fibrome probablement dégénéré.

Opération : le 3 novembre 1925 ; prof. J.-L. Faure. Hys.

térectomie subtotale par décollation postérieure ; fermeture du col par un surjet ; péritonisation complète ; fermeture sans drainage.

Pièce opératoire : Toute la muqueuse du corps est végétante, fongueuse, avec de nombreux débris purulents. Il s'agit d'un néo du corps.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique.

Suites : Favorables, apyrétiques, la malade sort 19 jours après l'intervention.

Revue le 23 février 1927 : L'état général est parfait, localement on ne constate rien, les culs-de-sac vaginaux sont souples.

Avril 1928 : bien portante.

Obs. 72. — *Cancer du corps utérin, hystérectomie vaginale, guérison opératoire.*

Mme M..., 49 ans, 3 enfants ; vient consulter à l'hôpital Broca le 23 octobre 1925, la malade est réglée très régulièrement, mais depuis quelques mois, ses règles sont beaucoup plus abondantes. En plus, depuis quelques semaines, elle a des pertes rosées survenant de façon irrégulière.

Depuis longtemps, la malade souffre du bas-ventre ; elle a été soignée pour métrite.

Examen : le col est gros, métritique, le corps utérin est nettement augmenté de volume, irrégulier, en rétroversion les culs-de sac sont souplés.

On pense à une métrite ou un néoplasme du corps.

Opération le 3 octobre 1925, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen ; pinces à demeure, mèche vaginale.

Examen de la pièce : néoplasme étendu en surface à toute la muqueuse du corps utérin ; biopsie positive.

Suites opératoires : bonnes, la malade sort le 22 novembre 1925.

Obs. 73. — *Cancer du corps et fibrome. Hystérectomie totale. Morte de péritonite.*

Mme V..., 34 ans, vient consulter le 30 octobre 1925 pour ménorragies, métrorragies et douleur bilatérale dans le bas ventre.

Examen : Utérus très augmenté de volume en rétroversion ; col ouvert, la malade est assez fatiguée, anémiée par ses hémorragies, sa température est à 38°.

Opération : le 17 novembre 1925 ; prof. J. L. Faure. Hystérectomie subtotale de gauche à droite, péritonisation complète, fermeture en 3 plans, sans drainage.

Pièce opératoire : Fibrome avec tendance au sphacèle, polype sphacélé de la cavité utérine qui paraît suspect.

Examen histologique n° 1955 : carcinome du corps.

Suites opératoires : mauvaises, le 3e jour, fièvre, vomissements, ballonnement du ventre. A l'intervention, on trouve du pus fétide dans la paroi, du liquide louche dans la cavité abdominale, les anses sont rouges et distendues.

Mikulicz et fermeture au fil de bronze.

Mort le 29 novembre 1925, le 12e jour.

Obs. 74. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.*

Mme B...,

Opération : le 19 janvier 1925, prof. J. L. Faure Hystérectomie totale délicate, hémostase difficile, durée 35 minutes.

Mikulicz.

Pièce : Petits fibromes multiples, points suspects au niveau de l'isthme.

Examen histologique n° 1556 (Champy) : cancer cylindrique.

Obs. 75. — *Epithélioma du corps utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.*

Mme B..., 50 ans ; perte continue depuis plusieurs mois.

Opération : le 23 mars 1925, prof. J. L. Faure ; curettage ramenant des débris néoplasiques. Hystérectomie vaginale difficile, faite immédiatement.

Pièce : utérus fibromateux, augmenté de volume, contenant de nombreux noyaux fibromateux gros comme une noix, une mandarine.

Dans la cavité utérine, masse néoplasique.

Examen histologique : n° 1720 (Champy) ; Epithélioma cylindrique.

Obs. 76. — *Epithélioma du corps utérin. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Pas de récidive depuis 1925.*

Mme L...,

Opération : le 29 avril 1925, prof. J. L. Faure. Hystérectomie totale simple, péritonisation complète, fermeture sans drainage.

Pièce : néo du corps limité à la cavité utérine.

Examen histologique n° 1749 (Champy) : Epithélioma cylindrique du corps.

Avril 1928 : bien portante.

Obs. 77. — *Néo du corps. Hystérectomie abdominale totale. Mort d'embolie le 6e jour.*

Mme A..., hémorragies depuis plusieurs mois.

Opération : le 19 novembre 1925; prof. J. L. Faure. Hystérectomie abdominale totale. Mikulicz.

Pièce : utérus très augmenté de volume, contenant un épithélioma au début, situé dans la corne gauche.

Suites bonnes, puis embolie mortelle le 6e jour.

Examen histologique n° 1903 (Champy) ; Adénome malin.

Obs. 78. — *Epithélioma du corps. Hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire.*

Mme P..., pertes depuis quelques mois.

A l'examen on constate un petit polype visible dans l'orifice cervical.

Opération : le 4 décembre 1925, curettage qui ramène des débris suspects, examen : épithélioma.

10 décembre 1925, hystérectomie totale très régulière.

Pièce : utérus gros, masse néoplasique occupant le fond de l'utérus.

Avril 1928 : Mme P. est bien portante, elle nous écrit « je ne ressens absolument plus rien ni de ma maladie ni des phlébites qui ont suivi mon opération, je suis d'autant plus heureuse que je ne croyais pas me remettre jamais aussi complètement. »

Obs. 79. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison opératoire.*

Mme E...,

Opération : le 9 décembre 1925, prof. J. L. Faure. Hystérectomie abdominale totale pour néo de l'utérus. Intervention difficile. Mikulicz.

Examen histologique : Epithélioma du corps.

Pièce : Masse néoplasique remplissant la cavité du corps, infiltrant la paroi jusqu'à la séreuse péritonéale.

Obs. 80. — *Epithélioma cylindrique du corps. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison opératoire. Mort une année après d'urémie aiguë.*

Mme L..., 61 ans, 3 enfants ; vient consulter le 25 février 1926, elle a depuis quelques mois des métrorragies.

Examen : l'utérus est petit, atrophié, en rétroversion ; cette rétroversion est adhérente, il est difficile de remettre

l'utérus en position normale. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une légère induration.

Au spéculum, le col est légèrement entr'ouvert, se laisse dilater facilement. On pense à un néo endocervical avec légère infiltration du paramètre gauche.

On fait un curettage qui confirme le diagnostic du cancer.

Examen histologique n° 2053 : épithélioma cylindrique du corps.

Opération : le 6 mars 1926 ; prof. J. L. Faure. Hystérectomie abdominale totale, Mikulicz avec 4 mèches, mèche vaginale, on laisse 3 pinces à demeure, l'hémostase étant difficile.

Suites : favorables, la malade sort du service le 12 avril 1926, 24 jours après son intervention.

Pièce opératoire : utérus de volume normal, globuleux, à l'ouverture on trouve un néo du corps, bourgeonnant, remplissant toute la cavité utérine, il descend dans le col jusqu'à la région isthmique, il infiltre la paroi gauche de l'utérus, atteignant le paramètre. Planche n° 3.

Le 28 mai 1927, environ une année après l'opération, la malade meurt d'une crise aiguë d'urémie en 8 jours. Récidive probable.

Obs. 81. — *Epithélioma du corps utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison. Récidive vaginale rapide.*

Mme L..., 71 ans, 3 enfants. Entre à l'hôpital Broca le 26 février 1926 ; elle a depuis plusieurs années des pertes de sang d'abondance variable, simple suintement ou hémorragies plus abondantes. Mais surtout depuis quelques mois des pertes séro-sanguines, rosées, parfois séro-purulentes, d'odeur fétide.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, mobile, les culs de sac sont souples. Cystoscopie, envahissement probable du bas fond.

L'état général est mauvais.

Curettage le 6 mars 1926 : nombreux débris ; examen : épithélioma cylindrique du corps utérin.

Opération : le 20 mars 1926, prof. J. L. Faure. Débridement vulvaire. Hystérectomie vaginale par le procédé ordinaire ; incision médiane de la paroi utérine antérieure jusqu'au milieu du corps utérin, bascule du fond ; pinces à demeure.

Pièce : fibrome sphacélé du corps utérin et épithélioma de la cavité.

Suites : favorables, la malade sort le 25 avril 1926.

Le 16 juin 1926 : récidive vaginale, nombreux bourgeons charnus du fond du vagin, on fait une biopsie qui est positive.

Première application de radium de 6 m. c. d. 5.

Le 11 novembre 1926, nouvelle application de radium de 22 m. c. d. 5.

Le 13 janvier 1927 : nombreux bourgeons qu'il faut enlever à la curette, odeur fétide, pertes abondantes.

La malade meurt le 20 mai 1927.

Obs. 82. — *Carcinome avancé du corps utérin avec fibrome sphacélé. Hystérectomie subtotale. Radium. Récidive rapide.*

Mme G..., 52 ans, 3 enfants, ménopause à 50 ans.

Vient consulter le 6 mai 1926 pour des métrorragies. Celles-ci ont débuté quelque temps après la ménopause, elles sont irrégulières, parfois abondantes. En plus la malade accuse des pertes roussâtres, purulentes, d'odeur fétide.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, de forme irrégulière, avec deux bosselures latérales, une 3e perceptible dans le cul-de-sac droit. Sa consistance est celle d'un fibrome. Il est complètement fixé dans le petit bassin. On réveille à la palpation une douleur assez vive sur sa

face antérieure et dans sa partie supérieure. L'état général est bon, mais la température oscille entre 37 et 38°.

Diagnostic : on pense à un fibrome utérin dégénéré avec annexite adhérente, et l'on décide d'intervenir.

Intervention : le 10 mai 1926, Dr Douay. A l'ouverture du ventre, l'utérus apparaît volumineux, adhérent à la vessie, à l'intestin. Sa surface est parsemée de noyaux blanchâtres et violacés, ainsi que le Douglas, la sigmoïde, le rectum.

On libère progressivement ces adhérences ce qui est relativement facile et l'on fait une hystérectomie subtotale basse.

On place 4 drains dans le Douglas pour mettre secondairement du radium.

Examen de la pièce : on trouve dans la cavité utérine une masse brunâtre, violacée, fétide, c'est très probablement un fibrome sphacélé en voie d'élimination.

Le tissu utérin est farci de nodules cancéreux de la grosseur d'une cerise qui font saillie sous la séreuse et la muqueuse.

Examen histologique n° 2112 : carcinome.

Suites opératoires : favorables. Le 2e jour on place dans les 4 drains 4 tubes de radium : 20 milligrammes de bromure de radium pendant 3 jours au total 24 m. c. d.

Ces tubes de radium sont glissés dans les drains jusqu'au fond du bassin, et retirés d'un centimètre de 12 heures en 12 heures.

Le 11 juin 1926, cicatrisation complète, la malade peut sortir de l'hôpital.

Le 18 juillet 1926, récidive, amaigrissement, cachexie.

Obs. 83. — *Cancer du corps. Hystérectomie totale. Mikulicz, Mort un mois après.*

Mme T..., 54 ans ; ménopause à 45 ans, pas d'enfant ;

vient consulter le 3 novembre 1926 à l'hôpital Broca. Elle accuse des métrorragies presque constantes depuis janvier 1926.

Ces pertes de sang sont devenues plus fréquentes; actuellement la malade perd chaque jour.

Examen : le col est petit, fermé, le corps utérin est gros, basculé en arrière, en rétroversion, collé au rectum. Au spéculum, l'orifice est petit, minuscule; à l'hystéromètre on pénètre facilement à 8 centimètres; du sang s'écoule du col.

Etat général bon, ni sucre, ni albumine.

Diagnostic : on pense à la possibilité d'un néo du corps et l'on décide d'intervenir.

Opération : le 13 novembre 1926, prof. J. L. Faure. Hystérectomie totale assez difficile. Mikulicz.

Pièce : utérus augmenté de volume, avec quelques petits fibromes.

A la coupe : néo du corps occupant toute la cavité utérine, descendant dans la cavité cervicale.

Suites opératoires : température à 38-39° pendant une dizaine de jours; ablation du Mikulicz; apparition d'une parotidite gauche le 1er décembre 1926, avec température à 40°, malgré l'incision de cette parotidite, la malade meurt le 13 décembre 1926.

Obs. 84. — *Carcinome du corps utérin. Hystérectomie subtotale très basse. Guérison depuis 1926.*

Mme B..., 64 ans; ménopause à 50 ans; 3 enfants.

Cette malade a des métrorragies depuis 4 à 5 mois, petites pertes rouges intermittentes, survenant toutes les semaines.

En dehors de ce symptôme, elle n'a ni douleur ni pertes fétides.

Depuis quelques années elle est soignée pour un prolapsus génital assez marqué, caractérisé par une cystocèle assez volumineuse ; elle porte un pessaire depuis un an.

Examen : l'utérus est augmenté de volume, mobile, en rétroversion. Les culs-de-sac sont libres, le col est légèrement entr'ouvert. A l'hystéromètre on pénètre facilement dans la cavité qui saigne. On peut faire immédiatement à la curette spéciale de Douay une biopsie endo-utérine.

Examen : 10 novembre 1926 ; carcinome du corps.

Opération : 20 novembre 1926, prof. J. L. Faure. Hystérectomie subtotale très basse ; le péritoine est friable, la péritonisation est difficile ; on place un Mikulicz.

Pièce : néo du corps occupant toute la cavité utérine, qui est tomenteuse, ulcérée. La section porte nettement au-dessous dans la partie saine du col.

Revue à différentes reprises le 8 janvier 1927, novembre 1927, avril 1928 : bien portante, localement pas de récidive.

Obs. 85. — *Néoplasme du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.*

Mme B..., 46 ans, pertes depuis plusieurs mois ; on pense à une rétention placentaire simple et on fait le 11 janvier 1926, un curettage. Examen des débris, n° 2010 : cancer cylindrique du corps.

Opération : le 17 janvier 1926, Prof. J. L. Faure, hystérectomie totale normale.

Pièce : le néoplasme remplit la cavité et s'arrête à l'isthme.

Obs. 86. — *Cancer du corps utérin. Cancer de l'ovaire droit. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Morte de récidive en 1927.*

Mme Ch...

Opération : le 27 juin 1926, Pr J. L. Faure.

Hystérectomie difficile. Mikulicz.

Pièce : néo de la cavité utérine, avec néo de l'ovaire droit.

Examen histologique : positif, n° 2164 (Champy) adénome malin du corps utérin. Récidive et mort en 1927.

Obs. 87. — *Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie totale. Mikulicz. Bien portante en 1928.*

Mme P..., néo utérin, femme très grosse.

Opération : le 16 juillet 1926, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie totale simple, durée 20 minutes. Mikulicz.

Pièce : grosse masse bourgeonnante occupant tout le fond de l'utérus.

Biopsie : cancer cylindrique.

Avril 1928 : bien portante.

Obs. 88. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison opératoire. Bien portante en 1928.*

Mme L..., Néo du corps utérin,

Opération : le 20 octobre 1926, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie totale difficile. Mikulicz.

Pièce : épithélioma de la partie inférieure de la cavité utérine descendant dans la cavité cervicale.

Avril 1928 : bien portante.

Obs. 89. *Cancer total de la muqueuse utérine et fibrome. Wertheim. Mikulicz. Guérison depuis février 1927.*

Madame R..., 48 ans, 2 enfants, entre à l'hôpital Broca le 27 janvier 1927.

Depuis deux ans environ, la malade a des métrorragies — ces hémorragies sont généralement minimes, c'est un suintement continuel de sang. A deux reprises, elle a eu des hémorragies plus importantes pour lesquelles elle a dû rester couchée pendant quelques jours — depuis quelques

mois, la malade a des pertes roussâtres, sanieuses, fétides ; des douleurs dans le bas ventre ; la malade urine plusieurs fois dans la journée, est obligée de se lever à différentes reprises la nuit.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume ; il remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. De consistance fibromateuse, de forme irrégulière avec deux masses latérales plus importantes, il est mobile, non douloureux à la palpation bimanuelle.

Le col est gros, entr'ouvert ; on pénètre très facilement dans la cavité utérine, où l'on sent plusieurs gros bourgeons friables.

Les culs-de-sac sont souples, sauf à droite et en arrière où l'on sent une légère infiltration.

Immédiatement au-dessus du col l'isthme semble nettement élargi se continuant ensuite avec le corps fibromateux. Au spéculum, dans le col entr'ouvert on voit de nombreux bourgeons, friables, saignant facilement. Il est facile de faire un prélèvement pour l'examen histologique.

Examen histologique : N° 2342 : cancer cylindrique du corps.

Opération : le 7 février 1927, Dr Douay : à l'ouverture du ventre, on trouve un utérus volumineux, mobile, les paramètres sont souples ; on note simplement une infiltration des ligaments utéro-sacrés du côté droit.

On décide de faire un Wertheim.

Dissection relativement facile des deux uretères. Ablation de la masse infiltrée. Péritonisation jusque complète ; appendicectomie avec enfouissement, Mikulicz, 3 mèches.

Pièce : Utérus fibromateux, volumineux ; à l'ouverture de la cavité utérine on trouve un cancer total de la muqueuse utérine ; toute la cavité jusqu'au voisinage de l'orifice externe est envahie par le néoplasme, laissant libre en hauteur un centimètre du canal cervical.

Suites : température pendant quelques jours à 40 puis,

assez rapidement chute en lysis. La malade peut sortir le 26 mars 1927, mais vers les derniers jours, un peu d'urine passe par le vagin ; il y a une petite fistule vésico-vaginale.

13 avril 1927 : Malade très bien portante.

L'écoulement d'urine par la fistule est intermittent.

Septembre 1927 : bien portante.

La fistule est fermée, localement pas de récidive.

Janvier 1928 : Bien portante.

Obs. 90. — *Néo du corps utérin. Hystérectomie totale, guérison depuis octobre 1927.*

Madame B..., 55 ans, ménopause à 50 ans, 2 enfants, une fausse-couche. Bien portante jusqu'en juin 1927.

La malade vient consulter le 17 octobre 1927 dans le service du Prof. J. L. Faure pour des métrorragies.

Ces hémorragies sont peu importantes, c'est un simple suintement de sang ; elles sont fréquentes. Depuis 2 ou 3 mois, en plus des métrorragies, la malade a constaté l'apparition de pertes rosées, purulentes, actuellement les pertes sont fétides.

Examen : Le col est légèrement entr'ouvert, le corps est augmenté de volume, globuleux, dépassant de 2 travers de doigt la symphyse pubienne, les culs de-sac sont souples, l'utérus est mobile.

Pensant à un néoplasme du corps, on fait un curettage explorateur le 19 octobre 1927. Celui-ci est pratiqué après dilatation aux bougies de Hégard, sous anesthésie générale.

Examen histologique n° 2535 : cancer cylindrique du corps.

Opération : le 24 octobre 1927, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie abdominale totale. Péritonisation complète. Drain vaginal.

Pièce opératoire : l'utérus est augmenté de volume, ses parois sont fibromateuses ; la cavité est occupée par un cancer à forme végétante qui la remplit complètement.

Suites opératoires : bonnes, la malade peut sortir le 4 novembre, soit 17 jours après l'opération.

Obs. 91. — *Cancer du corps utérin. Biopsie endo-utérine. Wertheim. Guérison depuis décembre 1927.*

Mme M..., 46 ans, entre dans le service du Prof. J. L. Faure le 1er décembre 1927. Elle vient consulter pour des métrorragies dont le début remonte à 10 mois environ ; en plus son attention a été attirée par des pertes d'eau, hydrorrhée survenant brusquement entre les hémorragies ; jamais ces pertes n'ont eu d'odeur ; quelques vagues douleurs dans le bas ventre.

En 1924, la malade bien réglée jusqu'à cette date, a vu ses règles disparaître complètement pendant une année. En 1925 elles sont réapparues 2 à 3 fois seulement.

En 1919 à la suite d'une forte métrorragie elle alla consulter à St-Antoine, on fit le diagnostic de fibrome, et elle fut opérée par le Prof. Lejars d'une myomectomie.

La malade n'a jamais eu d'enfant, n'a jamais fait de fausse-couche.

Examen : Le col est petit, fermé, conique, sans irrégularité ; l'utérus est petit et semble tout à fait normal comme consistance et comme forme ; il est mobile et non douloureux à la palpation bimanuelle. Les culs-de-sac sont extrêmement souples.

On ne sent pas les annexes.

Au spéculum, le col est normal, l'orifice est ponctiforme, mais se laisse assez facilement dilater ; l'hystéromètre pénètre à 7 ou 8 centimètres et ramène du sang noirâtre. On peut pénétrer dans la cavité utérine avec la petite curette à biopsie endo-utérine ; on ramène quelques débris mu-

queux, friables, qui sont envoyés au labo pour examen.

La paroi antérieure du vagin est légèrement indurée, induration qui épouse les contours du canal urétral, à l'examen urétroscopique, la muqueuse est rouge et saigne facilement.

Métastase très probable.

Diagnostic : on pense à un néo endo-cervical ; l'examen pratiqué confirme le diagnostic de néo.

Examen n° 2364 : cancer cylindrique.

Opération : le 6 décembre 1927, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie élargie. Wertheim. Opération extrêmement schématique, ligature des deux hypogastriques, dissection facile des deux uretères, section basse du vagin, péritonisation, Mikulicz.

Pièce opératoire : est très intéressante : l'utérus est petit, de forme normale. A l'ouverture, on trouve au fond de la cavité utérine une tumeur, de la grosseur d'une grosse noix, très friable, bourgeonnante, développée aux dépens de la face postérieure de la cavité. Le muscle utérin a une épaisseur de un centimètre. Il s'agit donc d'un néo du corps utérin et non d'un néo endo-cervical.

Suites opératoires : bonnes ; malade sort le 4 janvier 1928.

Avril 1928 : Bien portante.

Obs. 92. — *Néo du corps Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.*

Mme D..., 56 ans, ménopause à 50 ans ; vient consulter à l'hôpital Broca le 8 février 1928.

Depuis deux ans, elle a des métrorragies ; ce sont de petites pertes rouges ou rosées ; elles apparaissent tous les jours, tachent le linge. En dehors de ce signe, la malade n'a jamais eu de douleurs dans le bas ventre, jamais d'hémorragies importantes. Les pertes n'ont pas d'odeur spéciale.

La malade est plutôt forte, a une hernie ombilicale assez volumineuse, et un prolapsus utérin depuis 6 ans.

Examen : la malade ayant une paroi épaisse, l'examen est plus difficile. L'utérus semble augmenté de volume, en rétroversion ; le col est lisse et régulier, normal, les culs-de-sac souples. Il existe une cystocèle très marquée. Au spéculum, l'orifice utérin est complètement fermé, se laisse facilement dilater, l'hystéromètre pénètre à 8 centimètres.

Une biopsie est faite avec la petite curette spéciale de Douay, elle est positive : Biopsie : cancer cylindrique du corps.

Opération : le 18 février 1928, Dr Douay.

La malade étant forte, ayant une hernie ombilicale et surtout un prolapsus utérin, on décide de faire une hystérectomie vaginale. Hystérectomie relativement facile.

On ferme le col par deux pinces de Museux. Décollement antérieur utéro-vésical qui s'effectue bien. Les ligatures sont faites à droite, mais secondées par deux pinces de Kocher, pinces à demeure à gauche. Compresses vaginales. Sonde à demeure.

Pièce opératoire : Néo du corps utérin, on a laissé les annexes à droite et une partie des annexes gauches.

Suites opératoies : Ablation des pinces le 2e jour. Ablation de la mèche vaginale le 8e jour.

La malade sort le 25e jour.

Avril 1928 : Bien portante.

Obs. 93. — *Epithélioma du corps. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Bien portante en 1928.*

Madame G..., 59 ans, néo du corps, femme très grosse.

Opération le 28 juin 1927, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie totale difficile, la section passant au niveau de l'insertion vaginale. Mikulicz.

Pièce : Utérus très petit, tissus très friables, néoplasme

occupant toute la cavité et infiltrant le muscle jusqu'à la séreuse.

Examen histologique : Cancer.

Avril 1928 : Bien portante.

Obs. 94. — *Néo du corps. Hystérectomie totale. Guérison totale. Bien portante en 1928.*

Madame V..., 60 ans,

Opération : le 30 juin 1927, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie totale. Utérus en rétroflexion adhérent.

Pièce : Grosse masse néoplasique arrivant jusqu'à l'isthme utérin.

Avril 1928 : Madame V. est en excellente santé.

Obs. 95. — *Néo du corps et fibrome. Hystérectomie subtotale avec évidement du col. Guérison opératoire.*

Madame D... Diagnostic : fibrome dégénéré.

Opération : 22 décembre 1927, Prof. J. L. Faure.

A l'ouverture du ventre, on trouve des noyaux cancéreux sur l'utérus et le rectum. Hystérectomie subtotale difficile avec évidement du col. — Mauvaise opération. Mikulicz.

Avril 1928 : Bien portante.

STATISTIQUE DU PREMIER GROUPE

Malades opérées d'hystérectomie totale, subtotale, élargie, vaginale

Années	Nombre de malades	Cas spéciaux	Morts post-opératoires	Mauvais cas	Opérées mortes d'une autre affection	Opérées perdues de vue	Guérisons en 1928	Récidives
1917	10		1	1	1	3	2	2
1918								
1919	9		2			2	4	1
1920	6						4	2
1921	6					4	2	
1922	10		1	1	1		6	1
1923	13			2	1	3	5	2
1924	12			1	1	1	8	1
1925	13	1 (1)	2	1		5	4	
1926	9	1 (2)	1	1		1	3	2
1927	7						7	
1928								
	95	2	7	7	4	19	45	11
				39			56	

Sur 56 malades opérées dans de bonnes conditions, il y a 45 guérisons éloignées et 11 récidives. Environ 80 % de guérison.

Les guérisons se répartissent de la façon suivante :

2	datant de	11 ans
4	—	10 ans
4	—	8 ans
2	—	7 ans
6	—	6 ans
5	—	5 ans
8	—	4 ans
4	—	3 ans
3	—	2 ans
7	—	1 an

(1) Cancer du corps et sarcome de l'ovaire, obs. n° 67.
(2) Cancer du corps et cancer de l'ovaire, obs. n° 86.

DEUXIÈME GROUPE

Observations de malades traitées par le radium où les rayons X et opérées secondairement

Obs. 96. — *Cancer du corps avec pyométrie. Radiumthérapie. Puis hystérectomie subtotale basse. Mort le 3e jour.*

Madame G..., 65 ans, entre à l'hôpital Broca le 26 novembre 1919. Depuis plus d'une année elle a des pertes abondantes purulentes, fétides. A différentes reprises, des hémorragies.

Depuis quelques mois, elle a des douleurs dans le bas ventre avec irradiation dans le dos.

Examen : Le col est légèrement entr'ouvert, régulier, atrophié. Le corps est volumineux, dépasse de 4 travers de doigt la symphyse pubienne ; de consistance dure, de contours irréguliers.

Au spéculum, les parois vaginales sont rouges, le col est recouvert d'un enduit purulent, l'orifice est petit, les contours en paraissent durs et irréguliers. Par l'orifice s'écoule un liquide sanieux, séro-sanguin, d'odeur fétide.

L'hystéromètre pénètre à 6 ou 7 centimètres, les parois irrégulières saignent très facilement.

Etat général mauvais, température oscille entre 38°5, et 39°, anémie, fatigue.

Le 2 décembre 1919, on introduit dans la cavité utérine une laminaire, afin de dilater le col et de permettre un meilleur drainage des sécrétions utérines. Cette laminaire est enlevée le lendemain, il s'écoule de suite une grande quantité de pus d'odeur extrêmement fétide.

On décide ensuite de faire des lavages intra-utérins deux fois par jour avec du formol. Malgré ce traitement, les pertes fétides restent très abondantes, la température est

toujours aussi marquée, à grandes oscillations entre 38° et 39°5.

Le 8 décembre 1919, après une dilatation par laminaire on place dans la cavité utérine du radium, au total 20 m. c. d. en 48 heures. Malgré ce double traitement, lavages et radium, il n'y a pas d'amélioration, l'état général est de plus en plus mauvais, la température est aussi marquée, les pertes aussi abondantes ; on décide d'intervenir chirurgicalement.

Opération : le 13 janvier 1920, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie subtotale basse, péritonisation complète, drain abdominal.

Suites opératoires : mauvaises, température et mort le 3e jour.

Pièce opératoire : utérus augmenté de volume, cavité remplie de fongosités infectées et suppurées.

Obs. 97. — *Cancer du corps pris pour un fibrome. Rayons X, pas d'amélioration. Hystérectomie subtotale, guérison opératoire.*

Madame D .., 47 ans, est venue consulter antérieurement pour métrorragies et ménorragies. On avait fait le diagnostic de fibrome et conseillé un traitement par les rayons X.

Le 11 février 1920, elle revient à la consultation, elle a de nouveau des pertes de sang et quelques pertes rosées.

A l'examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, dépassant de plusieurs travers de doigt la symphyse pubienne, le col est gros, légèrement entr'ouvert, les culs-de-sac sont souples ;

Devant l'inefficacité du traitement par les rayons X, on conseille à la malade l'intervention chirurgicale qui est acceptée.

Opération : le 9 mars 1920, Prof. J. L. Faure. Hystérec-

tomie subtotale par le procédé de Kelly, péritonisation complète, fermeture en 3 plans, drain abdominal.

Suites opératoires : sont excellentes, la malade sort guérie le 3 avril 1920.

Pièce opératoire : utérus volumineux, fibromateux. A l'ouverture de la cavité utérine, néo du corps.

Examen histologique : n° 140 : Adéno-carcinome.

Pas de nouvelles depuis.

Obs. 98. — *Cancer du corps. Malade diabétique. Radiumthérapie sans résultat. Wertheim. Récidive 2 ans après.*

Madame B..., 60 ans, ménopause à 46 ans, pas d'enfant.

Entre dans le service du Prof. J. L. Faure le 16 mars 1920.

Elle a des métrorragies depuis 2 ans, elles sont peu abondantes, irrégulières. Depuis une année, elle a en plus des hémorragies, des pertes rosées, roussâtres ; depuis quelques semaines ces pertes ont une odeur fétide.

L'état général est bon, mais la malade est diabétique, 45 gr. de sucre par litre, 242 gr. en 24 heures.

Examen : le col est régulier, de gros bourgeons friables sortent de l'orifice. Le corps utérin est mobile, les culs-de-sac sont relativement souples.

On peut faire facilement une biopsie.

Examen histologique, n° 292 : adénome malin du corps.

La malade étant diabétique on décide de traiter le néoplasme par le radium.

Le 16 mars 1920 : Application de radium : on place après ablation des bourgeons néoplasiques, 3 tubes de radium, l'un intra-utérin, l'autre intra-cervical, le 3e intra-vaginal, au total 42 m. c. d. en 70 heures.

Le 9 avril 1920, on constate une amélioration notable, les pertes ont complètement disparu, les bourgeons se sont cicatrisés, la périphérie du col est normale.

Le 28 avril 1920, l'amélioration est encore plus manifeste : l'utérus est petit, le col fermé, les culs-de-sac sont souples.

Le 18 juin 1920 : la malade a de nouveau quelques pertes rosées. Au spéculum, on constate l'apparition de quelques petits bourgeons sortant de l'orifice de l'utérus.

Le 21 juillet 1920 : la récidive est manifeste, les hémorragies, les pertes sont réapparues, une grosse masse bourgeonnante sort par le col, on décide d'intervenir chirurgicalement.

Opération : le 21 août 1920. Dr Douay.

Dans un 1er temps on fait une ablation complète des bourgeons néoplasiques par curettage et iodage du vagin ; puis immédiatement hystérectomie élargie, Wertheim ; pas de ligature des hypogastriques. Péritonisation complète, fermeture en 3 plans. Drainage vaginal.

Pièce opératoire : l'utérus est de volume du poing. Il existe une masse néoplasique au niveau de la corne utérine droite du volume d'une noix. Le néoplasme occupe toute la cavité utérine, le col n'est pas envahi, l'épithélioma s'arrête à la partie toute supérieure du canal cervical. On trouve quelques ganglions probablement néoplasiques dans la base du ligament large droit, au voisinage immédiat du col.

Suites opératoires : sont bonnes ; la malade sort guérie le 17 octobre 1920.

Novembre 1920 : Elle est bien portante, l'état général est bon. Localement, les culs-de-sac et la cicatrice vaginale sont parfaitement souples.

Mars 1921 : pas de récidive.

Août 1921 : Très bon état général et local.

Janvier 1922 : Reprise d'activité du néoplasme, état général mauvais, récidive locale.

Juillet 1922 : La malade est en pleine récidive.

Obs. 99. — *Cancer du corps. Radiumthérapie sans résultat. Hystérectomie totale. Mort le 10e jour.*

Madame G..., 48 ans, ménopause à 44 ans.

Vient consulter pour métrorragies et pertes blanches et douleurs abdominales en décembre 1919.

Examen : le col est dur, gros, légèrement entr'ouvert, l'utérus est globuleux, en rétroversion, mobile, nettement augmenté de volume.

Pensant à un fibrome ou métrite hémorragique, on fait en décembre 1919, un curettage, un nettoyage de la cavité au chlorure de zinc et une application de radium dans la cavité utérine.

Décembre 1920 : l'amélioration a persisté pendant 7 mois environ. Puis nouvelles hémorragies et nouvelles pertes blanches réapparaissent ; on fait un curettage ;

Examen histologique, n° 411 : carcinome du corps.

Opération le 22 janvier 1921 : Hystérectomie totale difficile, fermeture sans drainage.

Suites opératoires : mauvaises, phlegmon gazeux de la paroi abdominale, décédée le 10e jour.

Obs. 100. — *Cancer du corps pris pour un fibrome. Radiumthérapie sans résultat. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Récidive 4 mois après.*

Madame B..., 51 ans, un enfant ; vient consulter le 8 septembre 1920, pour des métrorragies, des pertes blanches, survenues depuis une année. Depuis 3 semaines, des douleurs bilatérales dans le bas ventre avec irradiation vers le périnée.

Antérieurement la malade a été opérée d'un kyste de l'ovaire gauche, le 30 avril 1919.

Examen : le col utérin est hypertrophié, légèrement entr'ouvert ; le corps est nettement augmenté de volume arrivant à 4 doigts au-dessous de l'ombilic ; il est mobile dans

le sens antéro-postérieur, mais fixé dans le sens transversal ; le cul-de-sac droit est empâté, légèrement douloureux.

Au spéculum : le col légèrement entr'ouvert laisse échapper du sang et du pus ; l'hytéromètre pénètre assez facilement à 11 cent. 1/2.

L'état général n'est pas très bon ; l'urée sanguine est à 0,43 trace d'albumine dans les urines, tension artérielle 12-9.

On fait le diagnostic de fibrome avec métrite et on décide d'appliquer du radium dans la cavité utérine.

Application de radium : le 14 octobre 1920.

Le 23 mars 1921 : la malade revient consulter, il y a peu d'amélioration, les pertes continuent, on décide l'intervention.

Opération le 26 mars 1291, Dr Douay. Hystérectomie totale, hémostase complète, suture et fermeture du vagin sans drainage ; péritonisation complète ; fermeture de la paroi en 3 plans.

Pièce opératoire : utérus gros et rouge ; annexite gauche.

Cancer du corps envahissant le col.

Masse blanchâtre assez ferme, mais s'écrasant sous la pression du doigt, pas de pus dans la cavité utérine.

Examen histologique : n° 467 : adénome-carcinome.

Suites opératoires : normales, malade sort guérie le 4 juin 21.

Décédée le 24 juillet 1921 de récidive.

Obs. 101. — *Cancer du corps pris pour un fibrome. Radiumthérapie. Récidive 2 ans après. Opération. Récidive rapide.*

Mme W..., 56 ans, vient consulter à l'hôpital Broca pour des hémorragies utérines.

Novembre 1919 : à l'examen, l'utérus est augmenté de

volume, de la taille d'une grosse orange. On pense qu'il s'agit d'un utérus fibromateux et de troubles de la ménopause et on conseille à la malade un traitement par le radium.

4 novembre 1919 : application de 4 tubes dans le vagin, au total 15 m. c. d.

La malade est bien portante pendant deux ans, les hémorragies ont disparu, l'utérus a diminué de volume.

4 janvier 1922 : la malade vient consulter à nouveau ; depuis quelques semaines, elle a des métrorragies et des pertes purulentes.

Opération : le 10 janvier 1922, prof. J.-L. Faure ; l'utérus est de la taille d'une grosse orange, entièrement adhérent.

Hystérectomie subtotale difficile ; les paramètres sont infiltrés et durs. La section du col a porté en plein néoplasme, le col est enlevé secondairement. Fermeture avec mèche vaginale.

Pièce opératoire : néoplasme du corps utérin ayant commencé à envahir le col, surtout à la partie postérieure de la cavité cervicale.

Examen histologique n° 685 ; épithélioma cylindrique.

Suites opératoires : fièvre, pendant quelques jours par suite de congestion pulmonaire.

24 octobre 1922 : récidive vaginale, néo en chou-fleur, bourgeonnant, infiltration des paramètres.

Biopsie : cancer cylindrique.

Obs. 102. — *Cancer total de la muqueuse utérine. Radiothérapie en 1919, amélioration. Récidive. Hystérectomie totale en 1922. Guérison opératoire. Bien portante en 1928.*

Mme veuve P.... 48 ans; vient consulter à l'hôpital Broca pour des hémorragies utérines.

Le 19 avril 1919, pensant à des troubles de la ménopause

la malade est traitée par la radiothérapie, on lui fait 4 séances de rayons X.

Après ce traitement, les hémorragies s'arrêtent complètement.

En avril 1922, soit 3 années après, les hémorragies reviennent, elles sont irrégulières, intermittentes ; en plus la malade a des pertes aqueuses depuis quelques semaines.

Examen: le col est entr'ouvert, l'utérus est volumineux, les culs-de-sac sont souples. Au spéculum, le col est légèrement entr'ouvert, l'intérieur de la cavité endo-cervicale paraît suspect. On fait une biopsie le 19 avril 1922.

Examen histologique n° 780 : cancer cylindrique.

Opération le 29 avril 1922, prof. J.-L. Faure.

Hystérectomie totale ; les ligaments larges sont souples, mais à droite, contre la paroi pelvienne, existe une masse ganglionnaire grosse comme un œuf de pigeon. Cette masse peu résistante, presque diffluente est disséquée et enlevée.

Du côté gauche, en enlève quelques ganglions de la chaîne iliaque qui sont également infiltrés.

Au moment de la section de l'utérine gauche, on a l'impression d'avoir blessé l'uretère.

L'hémostase de la tranche vaginale est difficile de même que la péritonisation, on termine l'intervention par un Mikulicz avec deux mèches.

Examen de la pièce : l'utérus est nettement augmenté de volume avec un petit fibrome de la corne gauche. A la coupe, on trouve de nombreux noyaux fibromateux interstitiels. La cavité utérine est occupée par un cancer total de la muqueuse.

Suites opératoires : bonnes, pas de température, mais le 25e jour la malade perd de l'urine par le vagin. L'examen cystoscopique pratiqué, montre qu'il n'y a pas de fistule vésico-vaginale, mais une fistule urétéro-vaginale.

La malade sort le 49e jour après l'opération, l'état général est plutôt mauvais.

Le 21 février 1923 : état général bon, la malade a augmenté de 7 kilos, localement pas de récidive.

Le 14 janvier 1925, la malade va bien, la fistule urétéro-vaginale s'est fermée.

Le 3 avril 1928, Mme P... nous écrit « je suis en bonne santé ; j'ai une éventration que je maintiens par un bandage spécial ».

Obs. 103. — *Cancer du corps et fibrome. Radiothérapie sans résultat. Hystérectomie subtotale avec évidement du col. Récidive dans le canal cervical. Radiumthérapie. Cancer du rectum par propagation. Mort 3 ans après.*

Mme B..., 61 ans, ménopause à 49 ans, vient consulter le 27 mai 1922 à l'hôpital Broca.

Elle se plaint : de douleurs siègeant dans le bas ventre, bilatérales, de mictions fréquentes, de pertes de sang, peu abondantes, enfin de quelques pertes purulentes.

Depuis une dizaine d'années, la malade a eu un fibrome, mais jusqu'en 1920, elle n'avait aucun trouble.

En décembre 1920, on traite le fibrome par 3 séances de radiothérapie (Dr Marc de Pau) ; en mai 1921, nouveau traitement radiothérapique à l'hôpital Broca.

Ces deux traitements ne semblent pas avoir apporté d'amélioration bien nette.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, il remonte presque jusqu'à l'ombilic, le col est régulier, l'orifice est fermé ; le cul-de-sac gauche est occupé par une petite masse.

On porte le diagnostic de fibrome dégénéré.

Opération le 30 mai 1922, prof. J.-L. Faure.

Hystérectomie subtotale par le procédé américain ; gros évidement du col. Fermeture sans drainage.

Pièce opératoire : volumineux fibrome du fond utérin, néoplasme de la cavité utérine.

Examen histologique, n° 809 : adénome malin du corps ; un examen est également fait sur l'évidement, il donne : adénome du col.

Suites opératoires : très bonnes, la malade sort le 17 juin 1922.

Le 29 novembre 1922 : état général très bon, localement un petit polype sort du col ; on fait une biopsie qui est positive.

On applique un tube de radium dans la cavité cervicale, soit 15 m. c. d. en 48 heures.

Le 20 septembre 1923 : La malade est bien portante, elle n'a plus de pertes. Depuis quelques semaines, elle a des hémorragies intestinales peu abondantes.

A l'examen le col est complètement cicatrisé, mobile, seul le cul-de-sac postérieur est légèrement induré. Au toucher rectal on sent une irrégularité de la muqueuse siègeant sur la face antérieure du rectum ; correspondant à la partie postérieure du col utérin. Cette ulcération est très saignante.

On fait le 21 septembre une rectoscopie qui permet de voir nettement l'ulcération qui est formée par des bourgeons violacés, mous, saignant très facilement au moindre contact.

On pense qu'il s'agit d'une ulcération due au radium, survenant tardivement, 10 mois après l'application. L'hypothèse de néo-rectal n'est pas écartée.

14 janvier 1924 : amélioration considérable, l'état général est bon, le col utérin est bien régulier, l'ulcération rectale semble se cicatriser et à repris sa souplesse, on sent au travers le petit col dur et mobile.

Mais à bout de doigt, on sent une masse indurée difficile à préciser ; on fait un traitement par le mésothorium : série de 6 piqûres en novembre et décembre.

17 décembre 1924 : nouvelle perte de sang par le rectum ; on sent à bout du doigt une masse, probablement

néoplasme du rectum ; l'état général n'étant pas très bon, l'opération n'est pas proposée.

La malade meurt au début de 1925.

Obs. 104. — *Néo du corps. Radiumthérapie. Hystérectomie totale. Mikulicz. Guérison. Bien portante en 1928.*

Mme B..., néo du corps, traité antérieurement par le radium.

Opération : Laparotomie difficile, paroi épaisse ; hystérectomie totale le 19 mars 1923, Prof. J. L. Faure. Pinces à demeure, Mikulicz.

Pièce : Cancer utérin. Col sphacélé par le radium, très infiltré et œdémateux.

Avril 1928 : Bien portante.

Obs. 105. — *Cancer du corps utérin pris pour un fibrome. Radiumthérapie. Amélioration incomplète. Hystérectomie vaginale. Mort par embolie.*

Mme P..., 50 ans, entre le 4 novembre 1922, salle Récamier. Depuis 3 mois environ, elle a des hémorragies importantes.

Examen : l'utérus est augmenté de volume, régulier, globuleux, le col est fermé. On pense qu'il s'agit d'un fibrome et comme la malade est très obèse, pesant 100 kilogs, on décide de traiter ce fibrome par le radium.

4 novembre 1922 : Dilatation de l'utérus par laminaire ; application intra-utérine de 22m. c. d. de radium en 3 jours.

1er janvier 1923 les hémorragies ont disparu, l'utérus reste gros, dépassant de 3 travers de doigt la symphyse. Hystéromètre : 8 centimètres. Etat général bon.

16 octobre 1923 : Depuis quelques semaines la malade a des pertes blanches, parfois fétides ; quelques hémorragies minimes.

28 décembre 1923 : Les pertes sont plus abondantes Hys-

téromètre : 8 cent. 1/2 ; l'utérus reste gros et dur. Ablation à la curette d'un petit polype du corps.

Examen histologique n° 1245 : adénome malin du corps.

Opération le 15 janvier 1924, Prof. J. L. Faure.

Hystérectomie vaginale difficile du fait de l'étroitesse du vagin et de la grosseur de l'utérus, on est obligé de faire un débridement latéral.

Pièce opératoire : Utérus fibromateux ; plusieurs noyaux, dont un antérieur, volumineux. Dans le fond de la cavité utérine proche de la corne gauche, la muqueuse est irrégulière et tomenteuse, c'est le siège probable du néo.

Suites opératoires : Fièvre à 40 le premier jour. Amélioration. Petites embolies le 14e jour, crachats hémoptoïques. Grosse embolie mortelle le 16e jour.

Obs. 106. — *Cancer du corps avec pyométrie. Radium puis hystérectomie totale. Guérison. Décédée en 1926 de récidive.*

Mme R..., 63 ans, vient consulter à l'hôpital Broca en décembre 1923. Depuis une année environ, elle a des pertes de sang et surtout depuis plusieurs mois, des pertes fétides, purulentes, en assez grande abondance. En outre, des douleurs dans le bas-ventre.

Examen : Le col est légèrement entr'ouvert, l'utérus est gros, nettement augmenté de volume ; douloureux à la mobilisation. Il est fixé par des adhérences dans le cul-de-sac latéral gauche. Au spéculum, l'orifice est irrégulier, l'hystéromètre pénètre à 8 cent. 1/2 ; on passe facilement une bougie n° 30 ; aussitôt, s'écoule du pus en grande quantité, très fétide.

On pense à la possibilité d'un néo avec pyométrie.

L'état général est franchement mauvais ; la température oscille entre 38-39°. Le faciès est terreux ; la malade se dit très fatiguée.

On place un drain dans l'utérus, et l'on fait tous les jours

suivants des lavages fréquents avec du néol. A la suite de ce traitement l'état général s'améliore nettement, la température tombe entre 37-38°.

Mais comme la malade est encore trop fatiguée pour supporter une intervention chirurgicale, on place du radium dans la cavité utérine, dans le but de stériliser le néo et de permettre une intervention secondaire.

1re application (le 24 janvier 1924) de radium : 15 m. c. d. en 48 heures.

2e application le 14 février 1924 ; 15 m. c. d. en 48 heures. La malade quitte l'hôpital fin mars 1924 ; on note une très grosse amélioration, la température est tombée presque complètement et l'on décide de pratiquer l'intervention.

Opération : le 7 avril 1924 ; Dr Douay.

Cette intervention est précédée d'injections de sérum antigangreneux. Hystérectomie totale ; dissection de l'uretère du côté gauche, car celui-ci est entouré d'une infiltration adipeuse suspecte. Ligature de l'utérine très en dehors ce qui permet d'enlever l'utérus avec tout ce paquet adipeux. Péritonisation assez complète. Mikulicz.

Suites : favorables ; température entre 38-38°5 pendant deux semaines ; cette température tombe progressivement en lysis.

La malade sort le 7 juin 1924.

Décédée le 2 août 1926. Récidive.

Obs. 107. — *Carcinome du corps. Radiumthérapie sans résultat. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire. Mort de récidive 4 mois après.*

Mme R..., 61 ans, pas d'enfant, ménopause à 48 ans.

Vient consulter à l'hôpital Broca en novembre 1924 ; elle a des métrorragies continues depuis 8 mois, en plus des pertes sanieuses, purulentes, d'odeur fétide. Elle accuse des douleurs bilatérales dans le bas-ventre, peu intenses, mais

continuelles. L'état général est mauvais ; amaigrissement marqué.

Examen : l'utérus est nettement augmenté de volume, le col est légèrement entr'ouvert ; la cavité utérine mesure 14 centimètres à l'hystéromètre.

On fait une biopsie qui est positive.

Examen n° 1684 : Carcinome du corps.

L'état général étant mauvais, on décide de traiter la malade par la radiumthérapie.

1re *application* de radium le 12 novembre 1924 ; on place 2 tubes dans la cavité utérine ; au total 22 m. c. d. en 3 jours.

2e *application* de radium le 26 novembre 1924 ; 15 m. c. d. en 2 jours.

Le 15 janvier 1925 ; l'amélioration par le radium a été momentanée pendant quelques semaines seulement. Actuellement, les pertes purulentes sont aussi abondantes, les hémorragies ont repris, l'utérus semble avoir encore augmenté de volume ; on décide de pratiquer une hystérectomie.

Opération le 16 février 1925 ; Dr Douay. Hystérectomie vaginale, procédé de Doyen, pinces à demeure, 3 mèches vaginales.

Suites favorables, la malade peut sortir le 26 mars 1925, guérie opératoirement.

Décédée le 21 juin 1925 de récidive locale.

Obs. 108. — *Néo du corps pris pour un fibrome dégénéré. Radiothérapie. Hystérectomie subtotale. Guérison opératoire. Récidive en 1926.*

Mme G..., 55 ans. Il y a quelques années, gros fibrome traité par radiothérapie ; depuis quelque temps, pertes fétides. On pense à un fibrome dégénéré.

Opération : 17 mars 1925, Prof. J. L. Faure. Hystérectomie subtotale simple.

Pièce : A l'ouverture de l'utérus on trouve un cancer descendant dans la cavité cervicale jusqu'à 5 mm. de la section du col.

Examen histologique n° 1714 (Champy) : Cancer cylindrique.

1926, récidive.

Obs. 109. — *Carcinome du corps utérin chez une femme jeune pris pour une métrite hémorragique. Radium. Hystérectomie. Guérison depuis mars 1926.*

Mme B..., 40 ans, vient consulter à Broca pour des métrorragies. Ces pertes de sang sont continuelles depuis 3 mois, elles sont d'abondance variable, tantôt simple suintement, tantôt plus importantes, véritables hémorragies avec caillots. En dehors de ces métrorragies, pas de douleur dans le bas-ventre, pas de pertes blanches. La malade a toujours eu des règles irrégulières. Entre 1912 et 1918, elle a une période d'aménorrhée presque complète.

Examen : L'utérus est augmenté de volume, peu mobile, le col est fermé. De chaque côté dans les culs-de-sac vaginaux, on sent les annexes augmentées de volume, douloureuses.

Diagnostic : On pense à une métrite hémorragique et l'on décide de faire un curettage explorateur et d'appliquer secondairement du radium. Au curettage, on retire de nombreux débris suspects. Ils sont envoyés au laboratoire pour examen histologique.

Le 16 mars 1926, on fait une application de radium. Les tubes sont placés dans la cavité utérine, au total 12 m. c. d. pendant 3 jours.

La malade sort de l'hôpital quelques jours après.

Elle revient le 8 avril 1926 (entre temps, l'examen histologique a été fait (Examen n° 2071 : Carcinome du corps).

On décide de faire une hystérectomie.

Opération : le 13 avril 1926. Dr Douay. A l'ouverture du ventre on trouve de nombreuses adhérences inflammatoires, l'utérus est complètement immobilisé dans le petit bassin par deux masses annexielles comblant le Douglas. On fait une hystérectomie subtotale basse. Celle-ci est très difficile par suite de l'impossibilité de faire une hémisection, la péritonisation est possible en avant, impossible en arrière et latéralement ; on place dans le petit bassin un Mikulicz.

Pièce : L'utérus est ouvert pendant l'intervention ; on constate que le cancer occupe le fond de la cavité utérine et que la coupe du col passe à environ trois centimètres au-dessous.

Suites opératoires : favorables, la malade sort le 6 juin 1926.

Revue à différentes reprises, le 7 octobre 1926, le 14 avril 1927, octobre 1927, mars 1928 ; l'état général est bon ; localement les parois vaginales sont souples.

Obs. 110. — *Néo du corps utérin. Métastase vaginale importante. Hystérectomie abdominale totale. Ablation en masse de la métastase. Décédée le 4e jour.*

Mme M..., 56 ans, ménopause 53 ans, 2 enfants, 3 fausses-couches.

La malade entre à l'hôpital Broca le 2 novembre 1927. Elle accuse des douleurs dans le ventre, bilatérales, irradiant dans la région lombaire.

Depuis plus d'une année, elle a des métrorragies fréquentes, intermittentes, peu abondantes et des pertes rosées, jaunâtres.

En 1926, elle est venue consulter déjà pour des métrorragies, pensant très probablement à un fibrome, on fit une application de radium.

A l'examen : le col est légèrement entr'ouvert, le corps

est nettement augmenté de volume, douloureux à la palpation, de consistance molle, de forme régulière, il est en rétroversion assez marquée.

En plus, on trouve dans la région urètrale, sur la paroi antérieure du vagin, une grosseur de forme allongée épousant les contours de l'urètre auquel elle semble adhérer. Elle suit en profondeur l'urètre sur une longueur de 4 à 5 centimètres et se perd assez rapidement sur les côtés, n'atteignant pas les parois latérales du vagin. Cette masse ulcérée est de consistanee dure ; peu douloureuse à la palpation, mais saigne assez facilement au contact du doigt. On pense à une métastase vaginale d'un néo du corps et on fait une biopsie.

Examen histologique n° 2556 : Carcinome.

Opération : le 12 novembre 1927 ; Prof. J. L. Faure.

Ablation en bloc de la métastase vaginale ; elle adhère à l'urètre, on est obligé de réséquer en partie celui-ci.

On lie les vaisseaux qui saignent ; on laisse la plaie ouverte. Tamponnement.

Hystérectomie abdominale totale, relativement difficile l'utérus étant adhérent, l'hémostase est difficile, on laisse quelques pinces à demeure, pas de péritonisation. Mikulicz.

Pièce opératoire : utérus volumineux, la cavité est occupée par un cancer bourgeonnant, infecté, qui a déjà infiltré le muscle.

Suites opératoires : Mauvaises. Température monte le 3e jour à 40°, en plus viennent se joindre des complications pulmonaires, la mort se produit le 4e jour.

Obs. 111. — *Cancer du corps utérin. Radium pré-opératoire. Hystérectomie vaginale. Guérison depuis mars 1927.*

Mme Vve P..., 53 ans, 3 enfants. La malade entre à l'hôpital Broca le 5 mars 1927 pour des métrorragies. Ces hémorragies peu abondantes, mais fréquentes ont débuté

en septembre 1925, environ 2 ans avant la ménopause. En plus depuis un ou deux mois elle a des pertes blanches et quelques pertes purulentes. Pas de douleur dans le bas ventre.

Examen : le col est normal de forme et de consistance ; l'utérus est petit, atrophié, mobile, non douloureux à la palpation.

Au spéculum, le col est fermé, l'hystéromètre pénètre assez facilement à 6 ou 7 cent. et ramène un peu de sang.

Pensant à une métrite sénile, ou a un néoplasme du corps utérin, on fait un curettage explorateur, celui-ci est pratiqué le 10 mars 1927 après dilatation aux bougies de Hégard. On ramène quelques débris muqueux qui sont envoyés au laboratoire pour examen.

Examen histologique n° 2383 : cancer cylindrique.

Application de radium le 12 mars 1927. On introduit dans la cavité utérine 2 tubes de radium que l'on laisse pendant 48 heures au total 14 m. c. d.

Opération : le 29 mai 1927, Prof. J. L. Faure. La malade étant très grosse, ayant une paroi abdominale très épaisse, on décide de faire une hystérectomie vaginale. Vaccination pré-opératoire, vaccin Blanco.

Au cours du décollement antérieur par suite de l'existence d'un petit fibrome sur la face antérieure de l'isthme, la vessie est ouverte sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Suture.

Mèche vaginale. Pinces à demeure.

Pièce opératoire : néo du corps utérin très limité, de la grandeur d'une pièce de un franc, situé dans la corne gauche.

Suites : très bonnes, sans température, mais le 10e jour, l'urine passe par la plaie vaginale ; il existe une fistule vésico-vaginale, la suture n'a pas tenu. A la cystoscopie, la

fistule occupe la ligne médiane, elle est de la grandeur d'une pièce de un franc.

21 juin 1927 : environ 3 mois après l'hystérectomie vaginale, la malade est réopérée de sa fistule, l'opération est faite par la voie vaginale.

Décollement de la muqueuse vaginale, tout autour de la fistule sur une largeur d'un centimètre environ, puis suture aux crins de Florence qui sont arrêtés de chaque côté par un plomb de Galli.

Le 1er juillet 1927, les fils sont enlevés, la malade sort complètement guérie, le 12 juillet 1927.

Février 1928 : est bien portante.

Obs. 112. — *Cancer du corps utérin. Radiumthérapie. Hystérectomie vaginale. Guérison.*

Mme R..., 72 ans, 2 enfants, ménopause à 50 ans.

La malade toujours bien portante, vient consulter dans le service du Prof. J. L. Faure le 20 janvier 1928 ; elle a depuis 2 mois environ des métrorragies. Ces métrorragies sont peu importantes, simple suintement, mais survenant tous les jours, elle n'a jamais eu d'hémorragies abondantes. En plus elle a souvent des pertes rosées et de l'hydrorrhée.

Depuis 8 jours, les pertes sont devenues extrêmement fétides, elle souffre du bas ventre ; les douleurs sont continues, irradiant dans les cuisses.

Examen : le col est gros, entr'ouvert, l'utérus est nettement augmenté de volume, peu mobile. On pense à un néoplasme du corps et l'on fait le 23 janvier un curettage explorateur.

Examen histologique : cancer cylindrique.

En présence de l'âge, de l'état général mauvais, on décide de faire un traitement par le radium. Application de radium après dilatation du col sous anesthésie générale ; au total 7 m. c. d.

Opération : le 1er mars 1928, Prof. J. L. Faure : hystérectomie vaginale.

Suites opératoires : bonnes, la malade peut sortir le 20e jour.

Avril 1928 : Bien portante.

STATISTIQUE DU DEUXIÈME GROUPE

Maladies traitées par le radium et opérées secondairement

Années	Nombre de malades	Morts post-opératoires	Cas spéciaux	Opérées perdues de vue	Guérisons en 1928	Récidives
1920	3	1		1		
1921	2	1				
1922	3				1	2
1923	1				1	
1924	2	1				1
1925	2					2
1926	1				1	
1927	2	1	1 (1)			
1928			1 (1)			
	17	4	2	1	3	7

Sur dix malades traitées par le radium et opérées secondairement 7 ont récidivé.

(1) Cas trop récent. Obs. 111-112.

TROISIÈME GROUPE

Observations de malades traitées uniquement par le radium

Obs. 113. — *Cancer du corps. Radiumthérapie. Récidive en 1922.*

Mme A..., 75 ans, entre à l'hôpital Broca le 29 avril 1920 pour des métrorragies et pertes séro-purulentes.

Examen : le col est atrophié, les bords sont durs, l'orifice est légèrement entr'ouvert, mais l'extrémité de l'index ne peut y pénétrer. Le corps utérin est augmenté de volume, les culs-de-sac sont souples.

Au spéculum, l'orifice laisse passer facilement l'hystéromètre qui pénètre à 9-10 cent. de profondeur ; il s'écoule du sang rouge foncé et du mucus purulent. On peut faire facilement une biopsie endo-utérine avec la curette spéciale.

Examen histologique : épithélioma cylindrique du corps.

Le 7 mars 1920, application de radium, on place 3 tubes de radium dans la cavité utérine, cervicale et vaginale, après dilatation extemporanée par bougie de Hégard. Au total 30 m. c. d. en 48 heures. Le radium est enlevé le 2e jour.

Le 27 mai 1920 : bien portante ; morte en 1922 de récidive.

Obs. 114. — *Cancer du corps, Traitement par le radium. Morte de récidive 1927.*

Mme R..., 60 ans, 3 enfants, ménopause à 50 ans, métrorragies depuis 6 mois.

Examen : utérus gros, bosselé, col normal, culs-de-sac souples.

Au spéculum, le col est un peu gros, l'orifice est normal mais légèrement entr'ouvert ; l'hystéromètre pénètre facilement à 10 cent. 1/2. Le col se laisse suffisamment dilater pour permettre l'introduction d'une petite curette. On retire un fragment manifestement néoplasique (13 avril 1921).

Examen histologique : cancer cylindrique du corps.

La malade est obèse, emphysémateuse, le cœur est arytmique. L'opération envisagée, puis écartée à cause du mauvais état général, on décide de traiter le néoplasme par le radium.

1re application : 18 avril 1921, 30 m. c. d. en 4 jours, 3 tubes de radium dans la cavité utérine, dans la cavité cervicale et dans le vagin. En juillet 1921, amélioration considérable, les pertes de sang s'arrêtent complètement.

2e application : le 2 septembre 1921, la malade revient consulter, depuis quelques semaines, elle a des pertes blanches.

Nouvelle application de 30 m. c. d.

Mars 1922 : l'utérus est gros, mobile, le col est sténosé, après dilatation, on constate que la cavité utérine est remplie de sang et de pus. Pyométrie manifeste.

3e application mai 1922 : on dilate le col avec une laminaire et on applique 7 m. c. d. 5 en 48 heures. La malade est bien jusqu'en avril 1923, à cette date de nouvelles pertes de sang apparaissent ; l'utérus est toujours gros, irrégulier. Hystéromètre : 9 cent. 1/2.

4e application avril 1923 : 16 m. c. d. en 4 jours, l'année 1924 se passe sans difficulté, en juin 1925, métrorragies abondantes qui se renouvellent en août et septembre.

5e application 20 novembre 1925 : 18 m. c. d. en 3 jours.

Dans le cours de l'année 1926, elle est soignée à Broca pour petites pertes de sang, on lui fait 25 injections de plomb colloïdal.

Morte en 1927 de récidive.

Obs. 115. — *Cancer du corps. Radiumthérapie. Néo du sein en 1927. Pas de récidive.*

Mme D..., 66 ans, ménopause à 49 ans.

Depuis deux ans, elle a des pertes rosées, depuis 6 mois des pertes de sang et de pus avec odeur. Amaigrissement.

Examen : l'utérus est gros, mobile, rien au col. Hystéromètrie : 10 cent. La biopsie est faite facilement à la curette ; on retire de la cavité utérine de gros fragments blanchâtres.

Examen histologique : carcinome.

L'opération est proposée à la malade, mais elle est refusée.

1re *application* de radium le 7 juillet 1921 : 30 m. c. d. en 4 jours ; les tubes sont placés dans la cavité utérine.

2e *application* en novembre 1921 : 22 m. c. d., en 3 jours. La malade est bien portante pendant 1922, 23 et 1924, elle revient consulter en septembre 1924 pour des douleurs paroxystiques dans le bas ventre. L'utérus est énorme, atteint l'ombilic, le col est complètement fermé. Il s'agit d'une hématométrie avec atrésie du col. Après dilatation, il sort un litre 1/4 de liquide hématique. Nous pensons à une récidive intra-utérine au-dessus du col sténosé.

3e *application* octobre 1924 : 16 m. c. d, en 4 jours. La malade est en bon état jusqu'en novembre 1925. Elle rentre à nouveau à l'hôpital pour une crise d'anurie complète depuis 3 jours. L'utérus est gros (hématométrie), dilatation et lavage de l'utérus, l'anurie persiste encore pendant 2 jours. Toute opération est refusée. Puis l'urine revient peu à peu, les troubles urémiques disparaissent et la malade se rétablit à notre grand étonnement.

4e *application* de radium : 10 m. c. d. en 3 jours ; décembre 1925.

Le 26 septembre 1927 (69 ans). Néo du sein avec adénite axillaire, métastase probable d'un néo du corps de l'utérus

traité par le radium. Biopsie n° 2517 : Adénocarcinome du n.

Intervention : ablation large du sein, des pectoraux, des ganglions et du tissu cellulaire du creux axillaire.

Pièce : masse néoplasique non adhérente à la peau ; ganglions axillaires envahis.

Avril 1928 : bien portante.

Obs. 116. — *Cancer du corps. Radiumthérapie.*

Mme D..., 66 ans ; ménopause à 50 ans, 4 enfants ; vient consulter en juin 1923 pour métrorragies et pertes purulentes.

Examen : l'utérus est augmenté de volume, fibromateux, le col est régulier. La malade est hémiplégique, on décide de traiter le néoplasme par le radium.

Biopsie qui est positive.

1re application le 9 juin 1923 ; les tubes sont placés dans le vagin, au total 11 m. c. d. en 2 jours.

2e application le 12 juillet 1923 : 30 m. c. d. 5 en 1 jour. Peu d'amélioration, la malade continue à perdre du sang noir et des débris sphacélés.

3e application le 20 septembre 1923 : l'utérus est gros, cavité 10 à 11 cent. On fait une dilatation utérine, un curettage pour enlever les bourgeons néoplasiques et l'on applique le radium dans la cavité utérine, au total 30 m. c. d. en 4 jours.

4e application le 7 janvier 1924 ; intra-utérine de 15 m. c. d. en 2 jours.

Pas de nouvelles depuis.

Obs. 117. — *Cancer du corps utérin. Radiumthérapie.*

Mme S..., 67 ans, 4 enfants ; pertes depuis 6 mois, peu de sang, mais pertes fétides, purulentes, abondantes.

Examen : col mou, légèrement entr'ouvert ; le corps semble augmenté de volume, il est mou, difficile à sentir.

On pense à la possibilité d'un cancer du corps avec pyomètrie et l'on décide de stériliser le néoplasme par le radium.

1re *application* le 6 mars 1924, dilatation et application de 22 m. c. d. 5 en 3 jours.

2e *application* le 4 juillet : 22 m. c. d. 5 en 3 jours.

La malade sort le 10 juillet 1924.

Pas de nouvelles depuis.

STATISTIQUE DU TROISIÈME GROUPE

Malades traitées par le radium

— Une guérison datant de 7 ans.
— 2 récidives, l'une de 5, l'autre de 2 ans.
— 2 malades n'ayant pas donné de leurs nouvelles.

TRAITEMENT

A côté du traitement chirurgical, certains gynécologues ont cherché à traiter le cancer du corps de l'utérus par le radium.

Nous étudierons successivement ces deux modes de traitement, sans entrer dans le détail des diverses techniques.

A l'hôpital Broca, sur 117 épithéliomas du corps de l'utérus :

— 95 ont été opérés ;

— 17 traités par le radium ou les rayons X et opérés secondairement ;

— 5 traités uniquement par le radium.

I. — Traitement chirurgical

Suivant l'âge, l'état général, le degré d'extension de lésions néoplasiques, il a été fait soit une hystérectomie totale, vaginale, subtotale ou élargie.

Voici comment se répartissent les opérations faites

dans le service du Pr Faure depuis 10 ans environ.

5 Hystérectomies larges Wertheim.
50 — totales,
22 — vaginales,
18 — subtotales.

Etudions maintenant les indications, les contre-indications, les résultats de chacune de ces interventions.

1° Hystérectomie totale

Cette intervention a été faite 50 fois avec les résultats suivants :

4 morts post-opératoires. Mortalité 8 %.

6 récidives :

2 de 1 ans,
1 — 2 ans,
2 — 3 ans,
1 — 5 ans,

24 Guérisons éloignées :

1 guérison depuis 11 ans,
2 — — 10 —
3 — — 8 —
1 — — 7 —
4 — — 6 —
1 — — 5 —
4 — — 4 —
3 — — 3 —
2 — — 2 —
3 — — 1 —

Il faut enlever de cette statistique :

1° 6 mauvais cas (cancer d'évolution très avancée, ayant récidivé très rapidement, quelques mois après l'intervention).

2° 10 malades perdues de vue.

L'hystérectomie totale présente donc un certain degré de gravité chez la femme âgée, souvent fatiguée, la mortalité est relativement élevée. Elle atteint le chiffre de 8 %.

Les résultats éloignés par contre sont très bons. Sur 30 malades opérées dans de bonnes conditions, 24 restent actuellement guéries, ce qui représente un pourcentage de 80 % environ.

Nous pouvons donc dire que l'hystérectomie abdominale totale est l'intervention de choix dans les cancers du corps de l'utérus. Elle est à la base du traitement de ce néoplasme. C'est à elle qu'il faut en principe avoir recours. Elle permet d'enlever l'utérus en totalité, sans dilacération, sans morcellement, lequel est presque inévitable dans l'opération vaginale.

2° Hystérectomie large (Wertheim)

Cette opération a été pratiquée 5 fois (obs. n° 12-43-52-89-91) avec les résultats suivants :

1 mort post-opératoire ;

4 guérisons éloignées.

Elle est indiquée dans tous les cas suivants :

1° Dans les néoplasmes du corps avec envahissement

du canal cervical, avec greffe au niveau de l'isthme, du col. Obs. 12.

2° Dans les cas de doute entre un cancer du corps ou un cancer endo-cervical. Obs. 43-91. (Nous avons vu que ce doute peut être levé grâce au lipiodol et que le diagnostic de localisation peut être fait d'une façon précise).

3° Dans les cancers diffus, intéressant la totalité de la muqueuse utérine Obs. 52-89.

3° Hystérectomie vaginale

Cette intervention a été faite 22 fois avec les résultats suivants :

1 Mort post-opératoire. Mortalité 4,5 %.

3 Récidives :

1 de 1 an,
1 de 2 ans,
1 de 3 ans,

9 Guérisons éloignées :

1 guérison depuis 11 ans,
1 — — 8 ans,
3 — — 5 ans,
3 — — 4 ans,
1 — — 1 an.

Il faut enlever de cette statistique 8 malades perdues de vue ou mortes d'une autre affection.

Nous voyons que l'hystérectomie vaginale est moins

grave que la totale, la mortalité n'étant que de 4,5 %. Elle offre incontestablement des avantages multiples et ne doit pas être abandonnée.

Les indications tiennent surtout de l'âge, de l'état général. Elle est indiquée chez les cardiaques, les pulmonaires (emphysème, asthme) les diabétiques, les malades particulièrement fatiguées. Ces considérations doivent entrer en ligne de compte et faire opter pour la voie basse qui n'expose presque pas aux phénomènes de choc. Bien conduite, rapidement pratiquée, la vaginale n'a qu'un minimum de risque. Le reproche le plus grave que l'on puisse faire à cette intervention, c'est de nécessiter une ouverture de la cavité utérine pendant l'opération. Ce temps opératoire facilite une auto-greffe. C'est pour cette raison, pour remédier à cet inconvénient sérieux que nous avons cherché à stériliser l'épithélioma par une application intra utérine de radium, faite quelques jours avant l'intervention. (Obs. 111-112). Cette idée a été également soutenue par Lapointe et Gagey (1).

Nous faisons remarquer que l'ouverture de la cavité utérine n'est pas toujours indispensable dans l'hystérectomie vaginale. Il faut s'en abstenir le plus possible. Quand l'utérus n'est pas très volumineux, il faut tâcher de le faire basculer en mordant sur sa paroi antérieure avec des pinces de Museux.

---

(1) Lapointe et Gagey, *S. d. d'Obst et de Gyn.*, 1927.

4° Hystérectomie subtotale

Cette opération a été faite 18 fois avec les résultats suivants :

1 mort post-oqératoire, mortalité 5 %.
3 récidives.
9 guérisons éloignées :

2	guérisons	datant de	10 ans,
1	—	—	7 —
2	—	—	6 —
1	—	—	4 —
1	—	—	3 —
1	—	—	2 —
1	—	—	1 —

En principe, il vaut mieux pratiquer une hystérectomie totale, mais nous ne la croyons pas toujours indispensable et nous avons la conviction que chez des malades affaiblies, chez lesquelles l'hémostase et la réparation des délabrements causés par l'hystérectomie totale risquent de prolonger l'opération d'une façon excessive et qui peut devenir dangereuse, il peut être préférable de pratiquer une hystérectomie subtotale. Mais il faut s'assurer par l'ouverture de la cavité utérine, faite immédiatement après l'ablation de la pièce, que les limites de la région malade sont largement dépassées. Il est de toute évidence qu'en cas de doute, il faut avoir recours sans hésitation à l'hystérectomie abdominale totale. La subtotale ne vit que des contre-indications de la totale.

II. — Curiethérapie

Vingt deux cancers du corps ont été traités par le radium ou les rayons X. De l'étude de ces observations nous pouvons dire que la curiethérapie peut apporter une amélioration passagère, mais non une guérison définitive.

Voici ce que nous avons constaté : les bourgeons néoplasiques fondent rapidement, les hémorragies, les pertes disparaissent, le cancer semble complètement arrêté dans son évolution, mais au bout d'un temps, plus ou moins long, les hémorragies reviennent, le cancer reprend sur place son activité d'accroissement. Si une deuxième application de radium est faite, il se produit une nouvelle amélioration passagère. Ces améliorations sont variables selon les cas :

Nulle dans l'observation 96
de 3 mois dans l'observation 98
de 7 mois dans l'observation 99
Quelques semaines dans l'observation 100
2 ans dans l'observation 101
10 mois dans l'observation 105
2 mois dans l'observation 107
5 mois, 6 mois, 1 année, dans l'observation 114, à la suite d'application répétées de radium.

Mais dans aucun des cas traités par le radium, on ne peut affirmer la guérison ; il n'y a que des améliorations de plus ou moins longue durée.

En plus, et c'est peut être le plus grand reproche que l'on puisse faire à la curiethérapie, presque toutes les malades traitées par le radium et secondairement opérées ont récidivé dans les mois qui ont suivi l'intervention.

La question du radium pré-opératoire avant l'hystérectomie vaginale reste à l'étude et celui-ci ne peut pas encore être conseillé systématiquement. Il est possible que le radium modifie momentanément la vitalité des cellules néoplasiques et diminue la possibilité des greffes opératoires.

En conclusion, le cancer du corps de l'utérus reste du domaine de la chirugie. Il importe toutefois de savoir que lorsque l'intervention est repoussée ou contre-indiquée, pour quelque raison que ce soit, le médecin ne reste pas désarmé et que la curiethérapie constitue une suprême ressource, dont l'emploi doit être tenté. Grâce à des applications répétées de radium on peut obtenir de longues améliorations. Obs. n° 115.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du corps de l'utérus n'est pas un néoplasme exceptionnel. Il s'observe dans 20 % des cancers de l'utérus.

2° Il survient chez la femme âgée avec le maximum de fréquence entre 50 et 60 ans. Il peut survenir plus tôt, avant ou pendant la ménopause.

3° C'est un épithélioma relativement favorable, d'évolution lente. Il reste longtemps cantonné à l'intérieur de la cavité utérine et n'infiltre que très lentement le muscle utérin.

4° De tous les symptômes, l'hémorragie est de beaucoup le plus important. La moindre perte de sang survenant chez une femme âgée doit faire penser immédiatement au cancer du corps utérin. Si cette hémorragie est persistante, le diagnostic de cancer est presque une certitude. Le curettage explorateur n'est pas indispensable.

5° L'hystérectomie totale est l'opération de choix dans le traitement du cancer du corps utérin. L'hystérectomie vaginale et même la subtotale conservent néanmoins un certain nombre d'indications.

6° Le radium ne doit être employé que dans les cas où l'intervention chirurgicale est contre-indiquée.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
J. L. FAURE

Vu et permis d imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — Cancer du corps de l'utérus propagé à la vessie. S iliaque Cœcum (*S. A.*, année 1916, p. 235).

Auvray. — Cancer du corps de l'utérus développé autour d'un lithopédion datant de 30 ans (*G. O.*, année 1924, p. 347).

Alamartine. — Voir Delore et Alamartine.

Banzet et Leroux. — Fibro-myome intra-cavitaire et cancer du corps (*S. A.*, année 1917).

Barozzi. — *Manuel de Gynécologie*, 1918.

Bégouin. — Cancer du corps de l'utérus et métastases dans les deux trompes (*Revue de G. et O.*, 1910).

Berard et Charvet. — Cancer du corps de l'utérus avec envahissement et perforation de l'S. iliaque (*S. de Ch de Lyon*, année 1910, p. 203).

Bertrand. — Voir d'Allaines et Bertrand.

Bisch. — Cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse de Lyon*, 1891).

Boissier. — Etude clinique sur le cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse de Montpellier*, 1900).

Bonnet. — Voir Tixier-Bonnet.

Bruyère. — *Thèse de Bordeaux*, 1892.

Charrier. — Epithelioma pavimenteux du col et cylindrique du corps (*Bull. S. A. Paris*, 1890, p. 431).

Cava. — Métastases vaginales d'un carcinome du corps de l'utérus. (*Ginécologia*, Florence, 1905)

Cocheret. — Valeur des métrorragies après la ménopause comme signe de cancer utérin (*Thèse de Paris*, 1909-1910).

Cotte et Bertrand. — Radio-diagnostic gynécologique (*Gy. et Obst.*, août 1926).

Cotte et Bertrand. — *S. de Ch. de Lyon*, 1926.

Cullen. — Congrès International, Paris, 1906.

D'Allaines et Bertrand. — Epithélioma Wolfien de l'ovaire coïncidant avec un cancer de la corne utérine (*S. Obstr. et Gyn.*, 1924).

Dartigues et Dimier. — *Paris Chirurg.*, septembre 1916.

Delore et Alamartine. — Cancer du corps utérin avec généralisation à l'ovaire gauche (*S. Ch. de Lyon*, 1909).

Delabre. — Cancer total de la muqueuse utérine (*Thèse de Lyon*, 1923).

Desmarest. — Polype et néo du corps utérin (*S. A.*, 1927).

Durant et Lefort. — Coexistence d'un épithélioma du corps et du col. (*S. A.*, année 1920, p. 652).

Dambrin. — Pyométrie ayant simulé une maladie fébrile (*S. Obst. et Gyn.*, 1925).

Douay. — *Bulletin de la S. Obst. et Gyn.*, 1927, p. 96.

Eisembray. — Deux types de carcinomes dans le même utérus (*Proced. of New-York, Path.*, 1916).

Faure et Siredey. — *Traité de Gynécologie*, Paris, 1923.

Fiolle. — Cancer révélé par l'histologie (*Archives Franco-Belges de Chir.*, 1924, p. 436).

Forgue et Massabuau. — *Traité de Gynécologie*, 1927.

Godard. — Voir Leveuf et Godard.

Gouilliard. — Cancer du corps utérin chez les vierges (*S. de Ch. de Lyon*, 1909).

Guyot et Jeannenen. — Néoplasme du corps utérin et des ovaires (*R. de G. et O.*, 1923, p. 53).

Gregoire-Béclère-Darbois. — Radiodiagnostic gynécologique : (*Journal de chirurgie*, juin 1926) ; (*Journal de radiologie*, janvier 1927).

Huguenin. — Infiltration cancéreuse du petit bassin avec

syndrome d'obstruction intestinale consécutive à un cancer minuscule du corps utérin (*S. A.*, 1925).

Jacobs. — Congrès international de Chirurgie, Bruxelles, 1908.

Jayle et Papin. — De la dégénérescence néoplasique de l'ovaire dans le cancer de l'utérus (*R. de Gy et de Ch., Abd*, 1904, p. 939).

Jolly. — Trois cas de polypes utérins compliqués de cancer du corps.

Jayle. — Statistique des cancers utérins (*S. de Ch.*, 1908).

Kampermann. — Etude sur 212 cas de cancer de l'utérus (*Am. Journal of. Obst.*, 1912).

Keller. — Cancer primitif de l'utérus et primitif de l'ovaire (*S. Obst. de Gy et Strasbourg*, 1927).

Kirmisson. — *S. Anat.*, Paris, 1875.

Lecène. — Epithélioma à structure mixte de la muqueuse du corps utérin (*G. et O.*, 1920).

Leveuf et Godard. — Lymphatiques de l'utérus (*Revue de Chirurgie*, 1923, p. 219).

Leroux. — Voir Banzet et Leroux

Lomon — Pyométrie (*Thèse de Paris*, 1906, 1907).

Lapointe et Gagey — Deux cas d'épithélioma du corps guéris par le radium (*S. d'Obst. et Gyn.*, 1927).

Lucas-Championnière. — Lymphatiques utérins (*Thèse de Paris*, 1870).

Mazet. — Epithélioma pédiculé de la cavité utérine (*S de Ch. de Lyon*, 1911, p. 488).

Michon Louis. — Valeur séméiologique des polypes de l'utérus (*Thèse de Lyon*, 1923).

Mediano et Leroux. — Fibrome intra-cervical et cancer du corps utérin (*S. A.*, 1927).

Mihaïlowith Dj. Sreten. — Métastases vaginales dans le cancer du corps utérin (*Lyon. Thèse*, 1926).

Moulonguet. — Métrorragies après la ménopause en dehors du cancer du corps (*Revue Gy. et Obst.*, année 1924).

Mocquot. — Lipiodol intra-utérin : (*Bul. S. de Ch. de Paris*, 1925) ; (*Revue de Chirurgie*, octobre 1925) ; (*Presse médicale*, décembre 1927).

Nelaton. — *Thèse* Lévesque, 1902.

Nieherball. — *Arch. fur Gyn* , 1896.

Oumansky. — *Thèse de Paris*, janvier 1926.

Peter Xavier. — Sur les cancers multiples de l'utérus (*Thèse de Strasbourg*, 1920, 1921).

Pozzi. — *Manuel de Gynécologie*, 1907.

Potherat. — Cancer utérin, Hystérectomie vaginale (*Thèse de Paris*, 1910).

Piquand. — Dégénérescence des fibro-myomes de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1904, 1905).

Pichot. — Cancer du corps de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1876).

Quénu — In *Thèse Tesson*.

Reeb et Berger. — Cancer avec métastase dans le vagin (*S. d'Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 1923).

Sambalino. — Coexistence d'un épithélioma pavimenteux du col et d'un adéno-carcinome du corps (*Gynécologia*, 1910, p. 26)

Schiller — Débris cancéreux libres, dispersés dans la trompe, dans un cas d'épithélioma primitif du corps utérin (*Monatschr. Fur Geb. et Gyn.*, décembre 1922).

Schockaert. — Carcinome du corps à forme diffuse développé dans un utérus (*S. Belge de G. et O.*, 1921).

Schlutter. — *Manuel de Gynécologie* de Barozzi.

Siredey. — Polypes cancéreux de l'utérus (*Journal de M. et Ch. pratiques*, 1920).

Soubeyran et Peyron. — *S. M.*, année 1914, p. 358.

Strassman. — *R. de Gyn. et de Ch , Abd* , 1911.

Terrier. — *Gazette hebd. de Médecine et de Chirurgie*, janvier 1900.

Tesson. — Cancer primitif du corps de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1901, 1902).

Tixier et Bonnet. — Cancer total de la muqueuse utérine (*S. de Ch. de Lyon*, 1923).

Tourneux. — Dégénérescence d'un polype fibreux dans l'utérus (*Gyn. et Obst.*, 1920).

Tussau. — S. des chirurgiens de Paris, 1925.

Valat. — *Thèse de Paris*, 1888.

Verdier. — Cancer épithélial et sarcome diffus de la muqueuse Hématométrie (*Thèse de Paris*, 1905 et 1906).

Vertstraete. — Cancer du corps et fibrome (*Thèse de Paris*, 1898).

Von Winiwarter. — Forme rare d'une carcinome développé dans un polype musculo-fibreux du corps utérin (*Archiv. fur. Gynakologie*, 1921).

Violet. — Cancer du corps généralisé aux ovaires (*S. A.*, Paris, 1907, p. 342).

1928. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.